

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE V PRÁCI
VŠEOBECNÉ SESTRY

Bakalářská práce

Autor práce: **Tereza Kovalová**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2021

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
DEPARTMENT OF NON-MEDICAL STUDIES

**NONVERBAL COMMUNICATION IN A GENERAL
HEALTH NURSE'S PROFESSION**

Bachelor's thesis

Author: **Tereza Kovalová**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2021

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

(podpis)

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Evě Vachkové, Ph.D., za pomoc a čas, který mi věnovala při psaní této závěrečné bakalářské práce. Děkuji také kolegyním z FNHK za vstřícnost a spolupráci při realizaci empirické části práce. Velké poděkování patří i mé rodině za podporu během mého studia.

Motto:

„Nejdůležitější v komunikaci je slyšet to, co nebylo řečeno nahlas.“ (Peter F. Drucker)

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD | 8 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1 KOMUNIKACE | 11 |
| 1.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA | 11 |
| 1.1.1 Vývoj komunikace..... | 12 |
| 1.1.2 Typy komunikace | 13 |
| 1.1.3 Funkce komunikace..... | 13 |
| 1.1.4 Komunikace při poskytování ošetrovatelské péče | 14 |
| 1.2 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE..... | 16 |
| 1.2.1 Zásady úspěšné verbální komunikace | 17 |
| 1.2.2 Naslouchání | 18 |
| 1.2.3 Rozhovor | 19 |
| 1.2.4 Paralíngvistické jevy | 20 |
| 1.3 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE | 21 |
| 1.3.1 Řeč očí..... | 23 |
| 1.3.2 Mimika | 24 |
| 1.3.3 Gestika | 26 |
| 1.3.4 Haptika | 27 |
| 1.3.5 Posturologie | 28 |
| 1.3.6 Kinezika..... | 29 |
| 1.3.7 Proxemika..... | 30 |
| 1.3.8 Úprava zevnějšku | 31 |
| 1.3.9 Chronemika | 33 |
| 1.4 KOMUNIKACE ČINY | 33 |
| 2 VŠEOBECNÁ SESTRA JAKO PROFESE | 35 |
| 2.1 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY | 36 |
| EMPIRICKÁ ČÁST | 39 |
| 3 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 40 |
| 4 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 41 |
| 5 VÝZKUMNÝ SOUBOR..... | 42 |
| 6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U SESTER..... | 43 |
| 7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ | 62 |

| | |
|------------------------------------|-----|
| 8 DISKUSE..... | 78 |
| ZÁVĚR | 91 |
| ANOTACE | 94 |
| POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURA | 96 |
| SEZNAM ZKRATEK | 100 |
| SEZNAM GRAFŮ | 101 |
| SEZNAM TABULEK | 102 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ..... | 105 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 106 |
| PŘÍLOHY | 107 |

ÚVOD

Komunikace s pacientem je klíčem k efektivnější léčbě a významnou součástí ošetrovatelského procesu. Všeobecná sestra je v kontaktu jak s lékaři, tak pacienty a jejich blízkými mnohem více, než kdokoli jiný ve zdravotnictví. Její pozice je tak zcela výjimečná a její role, především v komunikaci, o to komplikovanější (Ptáček, Bartůněk, 2011). V roce 2004 provedl Institut zdravotní politiky a ekonomiky výzkum zaměřený na vztahy pacientů k nemocničním, praktickým a ambulantním lékařům. Výsledky bohužel ukázaly, že jako jeden z nejčastějších a největších nedostatků vidí právě komunikaci. Byla označována přívlastky *špatná, nedostatečná, hrubá, zlehčující a nepřiměřená situaci či pacientovi* (Klusáková, 2004). Linhartová (2007, s. 53 - 54) podotýká, že: „...*pacienti očekávají otevřený a rovnocenný dialog, to, aby jim lékař říkal pravdu jim srozumitelným jazykem, aby dostali dostatečné množství informací, a to nejen o svém aktuálním stavu, o nemoci a o průběhu její léčby, o rekonvalescenci, ale i o zdravém životním stylu, o prevenci, popřípadě o pracovišti, kde se na typ jeho choroby specializují, kde ji léčí jinak, kde může své potíže ještě konzultovat atd.*“

Se stížnostmi na problematickou komunikaci se samozřejmě nepotýkají pouze lékaři. Všeobecné sestry s pacienty stráví oproti lékařům daleko více času, proto se na způsob svého vystupování a komunikování musí zaměřit stejně tak. Dobrá zpráva je, že se vše lze praxí a vzděláváním se naučit, akorát je potřeba chtít.

Abychom byli schopni efektivně komunikovat, musíme mít jisté komunikační dovednosti a umět se vyvarovat chybám. Kvalitní komunikace by měla být nezkreslená, platná, včasná a její příjemce musí být ochotný ji akceptovat. Ovlivňuje totiž jeho spokojenost, angažovanost při léčbě a tím i její účinnost a nákladnost. Je důležité umět zvolit adekvátní komunikační prostředky, s rozumem využívat jak verbální, tak neverbální komunikaci, projevit zájem o pacienta, být otevřený, trpělivý, vstřícný, empatický, umět aktivně naslouchat a přitom vždy respektovat základní lidská práva a práva pacientů.

Nezanedbatelné množství zdravotníků se při setkání s pacientem spoléhá a zaměřuje pouze na verbální složku komunikace. Je důležité si však uvědomit, že slova jsou mnohem pomalejší než řeč těla a že lidé často říkají věci jen proto, že by měli, ale nemyslí je vážně. Naopak neverbální komunikaci zmanipulovat neumíme (Navarro, 2021). Umění léčit jde ruku v ruce s uměním komunikovat. Mnozí z nás jsou přesvědčeni,

že to nic není, že to umí každý, ale opak je pravdou. Kdyby to opravdu uměli, neřešilo by se takové množství negativních zkušeností, stížností a soudních žalob a sporů (Linhartová, 2007). Proto jsem se rozhodla ve své bakalářské práci zaměřit právě na téma komunikace. Není to však jediný důvod. V rámci odborných praxí v průběhu tříletého vysokoškolského studia mě opakovaně zarážely komunikace a chování řady zdravotníků. Jelikož nechci opakovat stejné chyby a jednat s pacienty nevhodně a urážlivě jako oni, začala jsem se o komunikaci zajímat více do hloubky. Věřím, že mi tato práce pomůže utřídit základní získané znalosti a přispěje ke zlepšení mých komunikačních dovedností v ošetrovatelské praxi.

V teoretické části práce jsem zpracovala poznatky o komunikaci získané z odborné literatury a přednášek. Vzhledem k tomu, že se jednotlivé složky komunikace vzájemně ovlivňují a prolínají, nelze žádnou zcela vynechat. Verbální komunikaci jsem se zabývala pouze okrajově, popsala její složky, upozornila na nejčastější nedostatky a uvedla zásady, které nám napomůžou k úspěšné komunikaci. Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry je tématem mé bakalářské práce, proto je jí věnována největší pozornost. Na nonverbální komunikační prostředky, jejich využití a problematiku v ošetrovatelské péči se podrobně zaměřuji v jednotlivých oddílech. Následuje podkapitola Komunikace činy, která má s řečí těla úzkou spojitost. Poslední kapitola je věnována profesi všeobecné sestry a jejím rolím.

Cílem mého výzkumu bylo zjistit využití neverbální komunikace při poskytování ošetrovatelské péče na interních a chirurgických odděleních z pohledu sester a dospělých pacientů, kteří tvořili kontrolní soubor. Kromě toho jsem chtěla zmapovat a porovnat rozdíly v nonverbální komunikaci sester na výše zmíněných odděleních. V empirické části jsem se dále zaměřila na dosavadní úroveň znalostí všeobecných sester o problematice neverbální komunikace. Také jsem chtěla vytipovat, co se v rámci řeči těla v praxi nejvíce využívá a jak to pacienti vnímají. Mým posledním cílem bylo stanovit na základě zjištěných údajů doporučení, na co by si všeobecné sestry měly dávat pozor, aby nepoškodily pacienta v souvislosti s komunikací. V této části práce prezentuji výsledky dotazníkového šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

1.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA

Slovo „komunikace“ je latinského původu. Jedná se o široký pojem, který nelze přesně a jednoznačně definovat - mnoho vědních oborů, ať už psychologie, biologie, antropologie, lingvistika, politologie aj., se jí zabývá a popisuje ji dle svého zaměření. Pod označením „komunikace“ se nemusí skrývat jen výměna informací mezi lidmi nebo živočichy. Stejně tak se může jednat o pojem užívaný v dopravě - pozemní, vodní a letecká komunikace nebo v souvislosti s telekomunikací. V této práci se však zaměřujeme na komunikaci ve smyslu vysílání a přijímání informací za využití verbálních a neverbálních prostředků mezi dvěma a více lidmi. Nemůžeme ale zcela opomenout ani třetí druh komunikace, který se děje prostřednictvím činů a s výše uvedenými se prolíná.

Naše sdělení mají svůj účel a cíl. V nejobecnější rovině se jedná o dorozumění se. Každá naše akce - vyslání informace, vyvolá u příjemce reakci, ať už slovní, nebo neverbální, kterou vyčteme z jeho obličeje / těla nebo jednání. Celý proces se odehrává v rámci komunikačního kanálu tj. specifickou/kým cestou, způsobem přenosu informace. Zřídka kdy se v konverzaci jedná pouze o jediný, většinou jsou 2 - 4 kanály použity současně. „*Při konverzaci probíhající mezi dvěma lidmi hovoříte a nasloucháte (hlasový kanál), ale také gestikulujete a zrakem vnímáte gestikulaci druhého (zrakový kanál). Současně také vysíláte a vnímáte pachové signály (čichový kanál) a často se vzájemně dotýkáte, což je rovněž komunikace (hmatový kanál)*“ (DeVito, 2001, s. 26). Tyto kanály jsou obvykle plné šumů, které ruší a zkreslují sdělení. Jejich původ může být mechanický, fyzikální (např. hluk, vítr, nedostatek světla), psychický (např. vztah k mluvčímu, únava, spěch, IQ) nebo fyzický (jako např. bolest, nedoslýchavost, nevidomost). Zdrojem šumu může být jak prostředí, tak aktéři komunikace nebo přímo téma hovoru. Je na nás, abychom při komunikaci s pacientem co nejvíce rušivých šumů odstranili (Linhartová, 2007).

Komunikace ve zdravotnictví není jen o mluvení, je také o předávání a získání informací, na kterých může záviset zdraví nebo život pacienta. „*A snad právě proto bychom měli vždy vědět, CO chceme říci, a měli bychom se vždy umět rozhodnout, KDY, KDE a JAK informaci nejlépe podat*“ (Janáčková, Weiss, 2008, s. 11). Naše sdělení by mělo být jasné, srozumitelné a měli bychom mít na mysli, že pouze 7 % naší komunikace se děje prostřednictvím slov. Nadpoloviční většinu - 55 %, tvoří neverbální komunikace a 38 % paralingvistika.

1.1.1 Vývoj komunikace

Když se vrátíme do minulosti, prvními způsoby sdělení informací byly skřeky a další neartikulované zvuky v doprovodu nejrůznějších mimických pohybů a gest. Rozvoj specifických hlasových výrazů započal u pračlověka. Vydávali zvuky, které byly podobné souhláskovým šelestům a samohláskovým tónům a měly vyjádřit samoučelný proslov doplněný potěšením z hlasové činnosti. Tento hlasový projev je považován za základ lidské řeči a je dodnes zachován v broukání nemluvňat (Janáčková, 2009).

Je dobře známo, že se lidská řeč a komunikační dovednosti vyvíjí po celý život. Významný vliv mají genetika - tělesný, smyslový a kognitivní vývoj, a sociální prostředí. Již v průběhu prenatálního období dítě svou maminku slyší a započíná proces učení. Brzy po narození je schopno neverbálně komunikovat nápodobou pomocí mimiky. Rychlost rozvoje verbální komunikace je zásadně ovlivněna dostatečným množstvím podnětů v okolí dítěte (Venglářová, Mahrová, 2006).

Slovní zásoba se v závislosti na věku rozšiřuje. Mezi třetím a čtvrtým rokem věku dítěte je proces učení z hlediska obsahové a formální stránky téměř ukončený a další vývoj jazyka zahrnuje jeho kvantitativní stránku, dítě se učí nová slova, prohlubuje znalosti, přizpůsobuje svou řeč dospělým apod. Křivohlavý (1988) podotýká, že výklad slova „řeč“ jako „společně mluvit slovy“ není zcela pravdivý, jelikož základem řeči nejsou slova, ale věty. Až díky sledu ve větě získají slova svůj pravý význam.

Ve zdravotnictví by měla být komunikace s pacientem pokaždé zcela individualizovaná. Je nezbytné respektovat úroveň jeho komunikačních schopností a přizpůsobit se jí.

1.1.2 Typy komunikace

V ošetrovateľskej praxi rozlišujeme a uplatňujeme tri druhy a dve úrovne komunikácie.

Sociálna komunikácia predstavuje teoretický základ komunikácie v zdravotníctve. „*Jedná sa o bežný hovor, kontakt s nemocným*“ (Zacharová, 2011, s. 77). Probíha v dvoch úrovniach: **denotatívni**, neboli obsahové, kde sa sdelenie informácií odehráva prostredníctvom slov, a **konotatívni**, čili vzťahové, u ktorých sa zameriujeme na to, akým spôsobom nám je sdelenie rečeno, aké doprovodné neverbálne prvky boli použité. Pre úspešnú komunikáciu je nevyhnutná shoda medzi týmito úrovňami. Pokiaľ sa pacienta pýtame, ako sa v noci vyspal, mali by sme projeviť i záujem o odpoveď a neodchádzať bez nej z pokoja. Nemocný si to môže vziať osobne a chápať ako prejav nezájmu z našej strany.

„*Struktúrovaná (špecifická) komunikácia - je časť komunikácie, keď zdravotník sdelenie dôležité fakty, motivuje nemocného k ďalšej liečbe, pôsobí edukačne apod.*“ (Zacharová, 2011, s. 77). Na rozdiel od sociálnej komunikácie je predem pripravená - je nevyhnutné, aby bola jednoducho pochopiteľná, zrozumiteľná a pacientovi sdelená formou, ktorej bude, i přes jeho aktuálny zdravotný stav, rozumieť, čož si musíme následne overiť. Príkladom môže byť edukácia pacienta pred operáciou alebo vyšetrením.

„*Terapeutická komunikácia sa odehráva často formou rozhovoru s nemocným. Pri dennom kontakte s pacientom zdravotník poskytuje oporu a pomoc v ťažkých chvíľach rozhodovania, prijímaní nepríjemných či veľmi vážnych skutočností, pri adaptácii na zmenu*“ (Zacharová, 2011, s. 77-78). Účelom rozhovoru je redukovať stres pacienta, prijatie reality nemocným a jeho psychická stabilizácia, alebo tiež podpora a zvýšenie efektivity v ďalších liečebných postupoch (Zacharová, 2011).

1.1.3 Funkcie komunikácie

Každá komunikácia má svoju funkciu, jejž realizáciou získajú zmysel. Najprv si je však nutné vytyčiť cieľ, ku ktorému chceme komunikáciu dospieť.

Rozlišujeme 4 základní funkce komunikace:

1. **Informativní** - jejím cílem je předání zprávy nebo doplnění jiné. Poskytuje nezbytná fakta. Příkladem může být informování nemocného o plánovaném vyšetření nebo operačním výkonu.
2. **Instruktažní** - úkolem je navést, naučit, zasvětit, zaučit apod. Jako příklad si můžeme uvést vysvětlení aplikace inzulínu nebo postupu při výměně stomického sáčku.
3. **Persuazivní** - jejím smyslem je přesvědčení příjemce informace, aby (po)změnil názor. Chceme si jej naklonit na svou stranu. V nemocnici se s touto funkcí můžeme setkat v případě, kdy pacient odmítá operaci a zdravotník ho přesvědčuje o její nutnosti a nezbytnosti.
4. **Zábavní** - při této komunikaci se snažíme druhého rozptýlit, rozveselit, jak se říká: „jen tak si popovídat“, aby aspoň na chvíli zahnal pochybnosti nebo přestal myslet na problémy. S nemocným si povídáme o tom, co ho baví a má rád (Vybíral, 2000).

1.1.4 Komunikace při poskytování ošetrovatelské péče

V proudu všedních dní je pro většinu z nás komunikace naprosto přirozená, automatická a intuitivní. Stejně tak, jako si opravdovou hodnotu zdraví začínáme uvědomovat, až když o něj přijdeme, tak i skutečnou nezbytnost komunikace vnímáme teprve potom, když je jí nedostatek, k čemuž často dochází při odloučení od rodiny a přátel během hospitalizace. Komunikace s nemocným člověkem probíhá za ztížených podmínek. Mnohdy může být vlivem svého onemocnění podrážděný, unavený, trpět bolestmi, mít plnou hlavu starostí. Není výjimkou, že se člověk dostane do nemocnice z ničeho nic, nachází se v novém, cizím prostředí bez jistot, které doposud měl. Vlivem okolností je tak pro nás stejně jako získání informací od pacienta, obtížné i předání informací, povzbuzení a naděje. Prvním krokem k úspěchu je vůbec chtít a zajímat se o nemocného, jelikož vzájemné porozumění v komunikaci je klíčem ke spolupráci. Měli bychom vždy respektovat jeho pocity a dát mu prostor k dostatečnému vyjádření. Velice důležitá je také kontrola, zda pacient naše sdělení slyšel, přijal a pochopil správně (Honzák, 1999).

Pacient je středem zájmu ošetrovatelské péče. Sestra se v jeho přítomnosti nachází 70 % služby, díky čemuž mají na komunikaci, ve srovnání s lékaři, výrazně delší dobu.

Nemocný při komunikaci není v tak velkém stresu, a proto si může vybavit ještě další podstatné informace, na které při rozhovoru s lékařem zapomněl. Úlohou sestry je tyto informace důkladně posoudit, příp. zapsat do ošetrovateľské dokumentace a informovat ostatní členy multidisciplinárního zdravotnického týmu. Lékař se sestrou musí úzce spolupracovat, vzájemně si důvěřovat a aktivně otevřeně komunikovat - má to zcela zásadní a pozitivní vliv na péči o nemocného (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Očekávání a jejich naplnění významně ovlivňují vzájemný vztah, a tak potažmo i komunikaci, mezi zdravotníkem a pacientem. Problémem je, když se očekávání nesetkají s realitou. Pacienti od nás očekávají empatii, lidský a profesionální přístup, informovanost, podporu, respekt a snad co nejrychlejší zlepšení svého zdravotního stavu. Za to my očekáváme aspoň trochu vděku, ochoty a především spolupráci při léčbě, která povede v ideálním případě k vyléčení. Všichni dobře víme, že nejsme dokonalí, každý den pozitivně naladěni a občas děláme chyby. Proto i naše vlastnosti mají vliv na utváření vztahu zdravotník - pacient.

Janáčková (2009) uvádí jako nejvíce problematickou vztahovou nerovnost, kdy zdravotník zaujme paternalistický přístup tj. dominantní postoj vůči pacientovi. Komunikace bývá neosobní, plná příkazů a zákazů, středem zájmu se často stává nemoc namísto pacienta. Opakem je partnerský vztah, který bychom měli preferovat. Je osobnější, komunikace nedirektivní, plná empatie, důležité jsou jak nemoc, tak pacient, který aktivně spolupracuje a léčba tak bývá úspěšnější. Do vzájemného vztahu je rovněž velice důležité nepřenášet své předchozí zkušenosti - zdravotník na pacienta a pacient na zdravotníka.

S komunikací se v praxi setkáváme i v rámci konceptu bazální stimulace, který se zabývá podporou pacientova vnímání okolního prostředí a sebe sama díky využití jemu známých podnětů. „Komunikace je souhrnný jev a je předurčena spoluprací všech smyslových orgánů, mozku a duševních pocitů. Vnímání tedy není možné bez smyslových orgánů, které přijímají a zpracovávají impulzy z okolí a jsou označovány za tzv. komunikační kanály“ (Tomová, Křivková, 2016, s. 101). Při bazální stimulaci je nemocný využívá v závislosti na svém zdravotním stavu a schopnostech. Konkrétně se jedná se o somatický, vestibulární, vibrační, auditivní, optický, olfaktorický a taktilně-haptický komunikační kanál. Stejný název pak nesou i jednotlivé techniky konceptu, které se dělí na prvky základní a nástavbové stimulace (Friedlová, 2007) - podrobnější popis technik s příklady naleznete v příloze 4.

1.2 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

„Laskavá slova mohou být krátká a snadno vyslovitelná, ale jejich ozvěna vskutku nemá konce“ (Matka Tereza).

Jedná se o sdělování informací, myšlenek a pocitů mluvením prostřednictvím slov - verbálně, v příslušném jazyce. I tak ale může velice snadno dojít k nedorozumění, když si je špatně vyložíme - slova mohou mít více významů a v mysli každého z nás vyvolat subjektivní představy. Proto je velice důležité se vždy, když pacientovi něco vysvětlujeme, ujistit, že nás správně pochopil.

První kontakt zdravotní sestry s pacientem by se z hlediska verbální komunikace měl vyznačovat jasným a zřetelným pozdravením, po kterém bude následovat představení se. Mějme na paměti, že to, jaký celkový dojem v sobě vzájemně vzbudíme, významně ovlivní naši další komunikaci, která se bude prolínat všemi ošetrovatelskými činnostmi. Při rozhovoru s pacientem mu kromě věcných informací nevědomky sdělujeme i informace o nás a našem vztahu k němu. Tón hlasu, naše rozpoložení, nálada, neverbální komunikace aj. mu napoví, co si o něm myslíme - zda ho respektujeme, nebo naopak znevažujeme (Janáčková, 2009).

„Mezi základní verbální komunikační dovednosti řadíme: umění klást otázky, schopnost motivovat a vytvářet výzvy, dovednost objasňovat, umění vytvářet logické souhrny, schopnost výkladu a schopnost projevit porozumění“ (Janáčková, 2009, s. 20). Tyto dovednosti se učíme a zdokonalujeme celý život. Nezapomínejme však, že schopnost verbálně komunikovat jde ruku v ruce se schopností slyšet. Sluchem získáváme hned po zraku nejvíce informací, které jsou navíc doplněny o vjemy z vnitřního prostředí - můžeme slyšet svůj dech, tep, pohyb střev atp. Vlivem stárnutí tuto schopnost postupně ztrácíme. Proto bychom při rozhovoru se staršími pacienty měli vždy pozorně sledovat jejich neverbální projevy, které nám prozradí, že špatně slyší, a komunikaci tomu přizpůsobit (Linhartová, 2007).

1.2.1 Zásady úspěšné verbální komunikace

Základem úspěchu je **jednoduchá, stručná a jasná** komunikace. Sestra by měla mluvit v krátkých větách, neužívat odborné pojmy a průběžně vysvětlovat případné nejasnosti. Sdělené informace by měly být přehledné a logicky navazovat. Dbejme na to, aby nedošlo k přílišnému zjednodušování a tím devalvací pacienta. Stručnost chápeme z profesionálního hlediska a v pravém slova smyslu, nezaměňujeme ji se strohostí a neochotou. Nemocný by měl vždy dostat prostor na otázky (Zacharová, 2011). Efektivitu komunikace ovlivňuje také **jasnost** sdělení, kdy informace přesně a srozumitelně vystihují podstatu, a **přímost** - vztah k adresátovi. Jako příklad si uveďme asertivitu jakožto nejefektivnější typ komunikace, která je jasná, přímá a neobsahuje komunikační šum.

Mezi další požadavky, které je nezbytné akceptovat, patří zcela **individuální přístup** ke každému pacientovi. Měly bychom vždy jednat ohleduplně, citlivě, trpělivě a být informované o všem, co na nemocného působí negativně, anebo mu naopak pomáhá. K pacientovi bychom za každé situace měly přistupovat **s úctou a respektem**, přestože naše názory mohou být odlišné. Nesmíme opomenout ani **vhodné načasování**, které je nepostradatelné při sdělování závažných informací. Je důležité zvolit klidné místo s příjemnou atmosférou a mít dostatek času na pacienta. Tato zásada zahrnuje i včasné informování nemocného (Zacharová, 2011).

Podstatnou roli v úspěšnosti hraje i **důvěryhodnost**. Abychom působily spolehlivě, musíme být o pacientovi dostatečně informovány a poskytovat mu přesné informace. Nesmíme opomenout ani **adaptabilitu** tj. přizpůsobivost řeči v závislosti na reakcích nemocného vč. řeči těla. Dalším kritériem efektivity je **oboustrannost** v komunikaci, kdy si účastníci (sestra a pacient) pravidelně střídají role mluvčího a posluchače (Zacharová, 2011).

Na úspěšnosti komunikace se rovněž podílejí paralingvistické jevy, které jsou blíže popsány ve stejnojmenném oddílu. Základní dovednosti, které by si sestra měla osvojit pro navázání úspěšné komunikace, naleznete v příloze 5. Nejčastější chyby, které v praxi děláme, ale většinou si je neuvědomujeme, jsou uvedeny v příloze 6.

1.2.2 Naslouchání

V životě každého člověka, a tím spíš zdravotníka, je velice důležité umět nejen poslouchat, ale i aktivně naslouchat druhým. Zní to podobně, ale není to totéž. Naslouchat neznamená pouze poslouchat, co nám druhý říká, znamená to i dozvědět se, vcítit, porozumět a poskytovat hovořícímu zpětnou vazbu. Pacient by měl mít možnost a dostatek prostoru sdělit své myšlenky - pocity, přání, obavy aj. My, jako profesionálové, bychom mu měli věnovat plnou pozornost a vnímat, co říká, aniž bychom ho jakkoliv ovlivňovali nebo hodnotili. Naše naslouchání může příznivě ovlivnit jeho psychický stav, a tak potažmo přispět k dosažení léčebných záměrů, nebo budování vzájemné důvěry.

Naslouchat druhému člověku můžeme ve třech úrovních - očima, ušima a srdcem. „*Naslouchající používá obě hemisféry mozku, intuitivně chápe, smyslově cítí, naslouchá, aby porozuměl, soustředí se na sdělení*“ (Mikuláščík, 2010, s. 92). Sestra jako posluchač by měla s hovořícím pacientem udržovat oční kontakt (oči by měly mít ve stejné rovině), zaujmout otevřený postoj, souhlas průběžně vyjádřit kývnutím hlavy, parafrázovat, použít povzbudivá slova a další techniky viz níže. „... *je nutné se vyvarovat skákání do řeči (intruze), zvyšování hlasu, projevů nesouhlasu, netrpělivosti nebo nedostatku času, udělování rad, vyhýbání se očnímu kontaktu apod.*“ (Tomová, Křivková, 2016, s. 49-50).

Během aktivního naslouchání pacientovi můžeme využít několik technik, kterými ho podpoříme v projevu. Jedná se o: **povzbuzování** - projevíme zájem, vyzveme pacienta k pokračování v povídání, **objasňování** - pokládáme otázky, abychom pochopili vše, čemu nerozumíme, **rezonanci (ozvěnu)** - zopakujeme, co řekl, **reflexi (odezvu)** - parafrázujeme informace vlastními slovy, ukážeme tak, že mu nasloucháme a rozumíme, **sumarizaci (shrnutí)** - shrneme vše sdělené, **empatii (soucítění)** - snažíme se vcítit do situace a pocitů druhého, zrcadlit emoce, **mlčení** - prostor k přemýšlení, **a uznání** - ocenění nemocného motivuje a podpoří ve spolupráci (Ptáček, Bartůněk, 2011). Abychom nasloucháním došli k porozumění nemocnému, je nutné od něj získat všechna fakta, pochopit souvislosti, rozpoznat jeho emoce, do kterých je třeba se vcítit, zrcadlit je a dát mu prostor na vyřešení svého problému, na který se díky nám necítí sám. Nezapomínejme si však ponechat určitý odstup.

1.2.3 Rozhovor

Slovník spisovné češtiny charakterizuje rozhovor jako: „*rozmlouvání dvou nebo více lidí.*“ Může ho vést např. zdravotník s pacientem, nebo naopak, kdy jeden z nich zaujímá roli hovořícího a druhý naslouchajícího. Většina rozhovorů by měla probíhat formou dialogu, kdy dochází k průběžnému vyměňování těchto rolí. Zcela výjimečně bychom se v praxi měli setkat s monologem - samomluvou. Jak již bylo zmíněno výše, vzájemnou kooperaci, kdy si vyjdeme vstříc a spolupracujeme, bychom měli upřednostnit před soupeřením typu „kdo s koho“ (Křivohlavý 1988).

Při rozhovoru dochází kromě výměny informací i k formování vztahu mezi zúčastněnými. Přátelská atmosféra je pro pacienta stěžejní při sdělování problémů, trápení, pochybností, při potřebě znát názor zdravotníka, více úhlů pohledu a variant řešení. V nepřátelském prostředí si důvěru pacienta nezískáme. Na naši věrohodnost a získání důvěry nemocného má také významný vliv shoda toho, co říkáme, s tím, jak se chováme a jednáme. Tato shoda verbální a neverbální složky je označována pojmem kongruentní komunikace. Na toto téma se však podrobněji zaměříme v kapitole Komunikace činy (Křivohlavý, 1988).

Rozhovor můžeme klasifikovat podle různých hledisek. Pro naše účely postačí zaměřit se na typy rozhovoru nejčastěji využívané ve zdravotnictví. Podle **cíle** rozlišujeme rozhovor: **informační** (*získáváme nebo předáváme informace*), **motivační** (*stimulujeme ke spolupráci, změně návyků*), **ventilační** (*slouží k odreagování, uvolnění napětí*), **hodnoticí** (*využívá se při hodnocení aktivity, samostatnosti, úrovně spolupráce*) a **pervazivní** (*využívá se při přesvědčování o potřebnosti a účelnosti jednotlivých diagnosticko-terapeutických a ošetrovatelských postupů*). (Zacharová, 2016, s. 45)

Podle **počtu** účastníků se jedná buď o **individuální** (dialog mezi sestrou a jedním nemocným), anebo **skupinový** rozhovor (s více pacienty, např. na pokoji).

Podle **obsahového zaměření** - tj. informací, které potřebujeme zjistit, využíváme **diagnostický** - získané informace slouží k bližšímu seznámení s nemocným a jeho problémy; a **terapeutický** rozhovor - aktivně nasloucháme a působíme psychologickými prostředky s cílem pacienta ovlivnit, poučit a uspokojit, středem zájmu jsou jeho pocity. V praxi se rovněž můžeme setkat s rozhovorem **informačním** - pro sdělení informací, nutné si ověřit, zda jim pacient porozuměl, což stvrdí podpisem informovaného souhlasu; a **edukačním** - k předání teoretických znalostí a praktických dovedností (Zacharová, 2016, s. 45).

1.2.4 Paralingvistické jevy

Paralingvistika se zabývá zvukovou stránkou naší řeči, tj. jakým způsobem mluvíme, a její bližší znalost nám může pomoci k zefektivnění naší verbální komunikace. Je považována za mezistupeň mezi slovní a mimoslovní komunikací. Většina autorů, kteří se věnují a studují komunikaci, hovoří o sedmi paralingvistických charakteristikách řeči, které nelze zapsat písemně. Jsou to:

1. **Hlasitost (intenzita hlasu)** - odpovídá povaze sdělení, potřebě získat si pozornost, zaujetí mluvčího tématem; pokud člověk hovoří delší dobu, je vhodné ji průběžně měnit, aby nedošlo k monotónnosti a ztrátě pozornosti při projevu; u intimních témat je žádoucí ztišení
2. **Výška hlasu (tón)** - je společně se zabarvením hlasu u každého individuální; zrcadlí emoce, stres; vyšší tóny jsou většinou nepříjemné; hlubší hlas je spojován s větší přesvědčivostí a důvěryhodností
3. **Rychlost řeči** - je přiměřená znalosti tématu; měla by se vždy přizpůsobit obsahu - složitější nebo důležité informace sdělovat pomaleji a s větším důrazem; rychlá řeč je podle Mikuláščíka (2010) spojována s impulzivními a temperamentními lidmi, ale rovněž může signalizovat nervozitu, pomalá řeč je známkou rozvážnosti, vyrovnanosti, anebo signálem celkové zpomalenosti, nerozhodnosti a nejistoty
4. **Plynulost** - tzn. řeč bez zadržávání pouze s úmyslnými pomlkami, správně zvolené frázování podtrhuje obsah sdělení; pomlka může mít řadu významů - očekávání, prostor na přemýšlení nebo vyjádření se posluchače aj.

Podle Mikulášťíka (2010, s. 105) je nejlepším způsobem, jak někoho zaujmout a získat si pozornost, „... *střídání rychlosti, tempa, plynulosti s pomlkami, s vyšším a nižším důrazem na různá slova, samozřejmě s ohledem na obsah projevu.*“

5. **Přítomnost embolických slov** - nebo též „slovní vaty“ je zlovyk, který narušuje verbální projev; používáme je nevědomky, když nemůžeme nalézt ta správná slova, anebo jsme nervózní; jedná se o přídavná jména a citoslovce jako např. prostě, vlastně, tedy, jakoby aj.; stejnou chybou v řeči jsou i „hezitační zvuky“ typu ééé, ehm, ááá apod.
6. **Intonace** - neboli proměnlivost hlasového zabarvení, souvisí s významem sdělení, náladou a postojem k druhému; monotónní projev působí nudným a chladným dojmem a často tlumivým, až uspávajícím, účinkem na posluchače; je nutné být opatrný na použití ironie a sarkasmu
7. **Délka projevu** - dle statistiky bývá u žen výrazně delší než u mužů; nežádoucí je příliš dlouhý monolog, měli bychom průběžně komunikovat s pacientem a délka jednotlivých projevů by tak měla být obdobná (Mikulášťík, 2010)

1.3 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Podle katalogu světových jazyků Ethnologue se celém světě mluví více jak sedmi tisíci různými jazyky. Neznamená to však, že se navzájem nedomluvíme. Existuje jeden univerzální a historicky nejstarší způsob dorozumívání, který všichni používáme a navzájem tak můžeme komunikovat, aniž bychom řekli jediné slovo. Jedná se o řeč těla - body language, díky které můžeme na ostatních lidech rozpoznat jejich emoce, pocity, nálady, afekty, charakter, nebo jestli to, co říkají, říkají upřímně. Má také zásadní vliv na utváření prvního dojmu, který vzniká do 4 minut od začátku setkání.

Porozumět řeči těla druhého člověka není snadné, naše tělo reaguje na různé stimuly a každý neverbální projev je ovlivněn mnoha faktory. Kromě nonverbální komunikace člověka je důležité sledovat i podněty a situace, na které jedinec odpovídá. Každý máme své base line - typické chování, obvyklou řeč těla a je jen na nás, abychom si všimli, když dojde u pacienta k její změně, a adekvátně reagovali (Čajko, 2021). Např. pokud má pacient při odebrání anamnézy ruce na stole a začne je z ničeho nic sunout ze stolu pryč, až skončí v klíně, značí to tzv. psychologický útěk, ke kterému

dochází při ohrožení. Pro nás je signálem, že něco není v pořádku (Navarro, Karlins, 2010). Čtení řeči těla není pouze o jednom gestě (viz příloha 7), je vyjádřena řadou neverbálních prostředků, které rozdělujeme do osmi základních skupin: řeč očí (pohledy), mimika (výrazy obličeje), gestika (pohyby rukou), haptika (doteky), posturologie (postoj, držení těla), kinezika (pohyby), proxemika (vzdálenost), úprava zevnějšku a okolního prostředí.

„Mezi převážně neverbální komunikační dovednosti patří pozorování, naslouchání, empatie, projev zájmu a respekt“ (Janáčková, 2009, s. 21). Rovněž bychom neměli opomenout důležitou roli autentického vystupování sestry, jelikož právě ta bude schopna respektovat individualitu nemocného (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Zdrojem nedorozumění a neshod může být mezinárodní nonverbální komunikace, na kterou lze podle amerického antropologa Edwarda Halla nahlédnout z pohledu nízké a vysoké kontextových kultur. Vysoké kontextové kultury kladou důraz na neverbální projevy v komunikaci - tón hlasu, výraz tváře, oční kontakt, gesta, tudíž preferují osobní kontakt před písemným. Patří sem např. asijské, africké, arabské, jihoevropské a jihoamerické kultury. Kultury s nízkým kontextem jako Amerika, Austrálie, Skandinávie, Velká Británie aj. se víc spoléhají na přímou verbální komunikaci. Podle Paula Ekmana jsou na celém světě vnímány úsměv a projevy štěstí, smutku a znechucení stejně. Přísloví jiný kraj, jiný mrav, platí i v souvislosti s řečí těla, nejčastěji je rozdíl v četnosti navazování očního kontaktu, významu gest, osobní vzdálenosti a vzájemných dotycích. Základem úspěchu je především vyšší všímavost, vstřícnost a ochota přizpůsobit se (Šoltés, 2017).

Joe Navarro je bývalým agentem FBI, kde působil 25 let, a celosvětově uznávaným expertem na neverbální komunikaci. Považuje lidi za velmi složité, podle něj jsme se jako živočišný druh vyvinuli k tomu, abychom klamali své okolí. Tvář vnímá jako první místo, kde se, většinou úspěšně, snažíme něco zakrýt, naopak nohy jsou podle něj nejpoctivější částí lidského těla. Přisuzuje to vlivu limbického systému, který nás donutí odvrátit se, když se máme něčemu vyhnout. Jako příklad si můžeme uvést nepříjemného a našťvaného pacienta - hovoříme s ním a udržujeme oční kontakt stejně jako s ostatními nemocnými, naše nohy však budou pravděpodobně otočené trošku jiným směrem. Vyvrací také řadu mýtů doprovázejících gesta, čímž se blíže zabýváme v oddílu s názvem Gestika (Navarro, 2021).

1.3.1 Řeč očí

O očích se říká, že jsou okny do naší duše. Navarro (2010) si myslí, že tímto příslovím oči podceňujeme, podle něj „*oči zastupují celou naši duši.*“ Navíc dodává, že oči jsou zcela výjimečnou částí lidského těla v tom, že informace zároveň přijímají - sbírají nejvíc informací ze všech smyslových orgánů (75%), ale i vysílají - pacient z nich za doprovodu okolních vrásek vyčte náš zájem o něj, že má naši pozornost, porozumění a další (Urbanová, Večeřa a Hunger, 2001). Vyzdvihuje také vstřícnost gesta, jakým je zvednutí obočí, kterým dáváme najevo, že nám na druhém záleží a rádi ho vidíme. Navarro (2019, s. 33) jako příklad zmiňuje kojence, který se celý rozzáří, jakmile maminka zvedne obočí a doširoka otevře oči.

V praxi se často setkáváme s komunikací, kdy máme oči v různé výšce - my stojíme a pacient sedí/leží v lůžku. Může tak mít pocit naší nadřazenosti. Pokud je to možné, je pro navázání lepšího vztahu a spolupráce vhodnější zvolit pozici vsedě vedle lůžka, kdy se oči setkají v jedné rovině. Nezapomínejme ale mezi námi odstranit veškeré překážky - pacient to může podvědomě vnímat jako bychom se na něj dívali „přes prsty“ (Linhartová, 2007).

Je důležité s pacientem co nejčastěji udržovat oční kontakt. Bývá pro něj nejbezpečnějším ujištěním, že nás zajímá a že se mu věnujeme. Délka pohledu se liší v závislosti na situaci, kultuře i pohlaví. Při rozhovoru s nemocným bychom 2/3 času měli věnovat pohledu do jeho očí. Jestliže se jedná o kratší časový interval, můžeme působit nedůvěryhodně, nesměle nebo nervózně. Rovněž bychom se měli vyvarovat odvrácení očí jiným směrem než dolů - projev ztráty pozornosti, nedostatečného zájmu, nebo nepřetržitému očnímu kontaktu, který je známkou agrese (zornice jsou zúžené) nebo touhy o intimní sblížení / hlubších citů (zornice jsou rozšířené). Podle Navarra a Karlinse (2010) nalézáme od narození útěchu v rozšířených zornicích, zejména pak u lidí, ke kterým máme určitou citovou vazbu (viz obrázek 1). Za neutrální se považuje pohled na adresáta hovoru v trojúhelníku očí - nos - rty - pohled k zemi a následně znovu navázání očního kontaktu (Linhartová, 2007). Délka pohledu je ovlivněna i kulturním hlediskem. Jako příklad si můžeme uvést Japonce, kteří víc preferují pohled na krk než přímo z očí do očí, méně očního kontaktu vnímají jako projev úcty a pokory vůči druhé osobě. Naproti tomu Arabové, Jihoevropané a Severoameričané vyžadují více očního kontaktu a uhýbání očima si vyloží jako známku nezájmu a nezdvořilost (Lewis,

1998). Ženy všeobecně udržují oční kontakt déle a častěji než muži, naopak je jim častěji „proti srsti“, když je někdo sleduje.

1.3.2 Mimika

Díky výrazu tváře pacienta můžeme být schopni rozpoznat, jak se cítí. V mimice se totiž nejvíce zrcadlí naše emoce. Mějme ale zároveň na paměti slova J. Navarra (2021), která říkají, že z tváře sice hodně vyčteme, ale je zároveň prvním místem, kde se snažíme něco zakrýt, což se naučíme v průběhu života. Emoce jsou určovány ději probíhajícími v našem neurovegetativním systému, ale zároveň to platí i naopak, což si vysvětlíme v následujícím příkladu. *„Když pláčeme, zesmutníme. Pochopíme totiž, že pláč je důležitým příznakem smutku, a zaujmeme proto příslušný postoj. Shrnutí? Za prvé, jsem smutný, a proto pláču. Za druhé, pláču a to mě vede k tomu, že jsem smutný“* (Janáčková, 2009, s. 21). Je dokázáno, že máme všichni nezávisle na naší kultuře výrazy v obličeji u primárních emocionálních projevů obdobné. Již v 19. století se britský přírodovědec Charles Darwin zabýval společnými projevy emocí u člověka a zvířat, podrobně je popsal a ke každé přiřadil specifický výraz tváře. Ve 20. století se americký psycholog Paul Ekman zaměřil na to, proč a jak lidé lžou. Na základě jeho výzkumu se potvrdila univerzálnost některých emocí a s nimi spojených výrazů tváře (Ekman, 2015).

Rozlišujeme **7 základních emocí** ve výrazech tváře: štěstí - neštěstí, neočekávané překvapení - splněné očekávání, strach a bázeň - pocit jistoty, radost - smutek, klid - rozčilení, spokojenost - nespokojenost, až znechucení, a zájem - nezájem. Pozitivní emoce mají jedno společné - vždy na tváři uvidíme úsměv. Jejich vzájemnému odlišení napomůže i hlas daného jedince. Pokud u pacienta zaregistrujeme pozitivní emoce, jen v ojedinělých případech mohou být vnímány jako problém. Proto se nyní zaměříme na to, jak správně v obličeji rozeznat jejich protiklady - smutek, strach a rozčilení (Ekman, 2015).

Smutek - jeho projevy jsou velkou měrou závislé na intenzitě. Podle Ekmana (2015) bychom jej neměli, až na výjimečné případy, jakými jsou deprese nebo duševní nemoci, tlumit léky. Podle něj jsou zdrojem podpory, zvýšené pozornosti a péče okolí, které pozitivně ovlivňují psychiku. *„Výrazným a spolehlivým znakem smutku je posun vnitřní strany obočí směrem vzhůru. Spolehlivý je proto, že jen velmi málo lidí dokáže udělat tento pohyb záměrně“* (Ekman, 2015, s. 123). Mezi obočím se tak objeví svíslá vráska a horní oční víčka budou mít trojúhelníkový tvar. Může se jednat o jediné signály

smutku (viz obrázek 2). Naproti tomu intenzivní a hluboký smutek je patrný po celé tváři. Líce jsou povytažené nahoru, kdežto koutky úst směřují dolů (tvoří se mezi nimi napětí), brada bývá svaštělá (viz obrázek 3). Je důležité nenechat se zmást obočím při pláči - často totiž nesměruje nahoru, nýbrž dolů (Ekman, 2015, s. 124).

Skutečnost, která je zdrojem **strachu** u člověka, má podle Ekmana (2015, s. 184) tři významné faktory: *intenzitu* - velikost hrozící újmy, *načasování* - zda se jedná o bezprostřední újmu nebo pouze hrozbu, a *možnost zvládnutí* - existence způsobu, kterým by bylo možné hrozbu zmenšit nebo odstranit. Při strachu jsou největší možnou měrou zdvižena horní oční víčka i s obočím, které směřuje k sobě (viz obrázek 4). „*Když napjatá dolní víčka doprovázejí zdvižená horní víčka a zbytek obličeje zůstává beze změn, téměř vždy je to známka strachu*“ (Ekman, 2015, s. 193; viz obrázek 5). Rty jsou napnuté a horizontálně roztažené a brada může směřovat vzad (Ekman, 2015; viz obrázek 6).

Podle Ekmana (2015) je zcela běžné zažívat v případě ohrožení zároveň strach i **rozčilení**. Jeho nejčastějším spouštěčem bývá omezení - chceme něco dělat a nemůžeme. Při rozčilení směřuje obočí dolů a k sobě (vlivem svašťovače obočí), oči jsou široce otevřené a horní víčka vyvíjejí tlak proti obočí (obrázek 7). Darwin a Ekman nazývají svašťovač obočí (*musculus corrugator supercilii*) „svalem těžkostí“, jelikož jakékoli nesnáze vyvolají kontrakci tohoto svalu. Rty jsou při rozčilení buď pevně sevřené nebo otevřené do tvaru čtverce nebo obdélníku s odhalenými zuby. Typickým znakem je zúžení červeně rtů (Ekman, 2015, s. 162 - 164; obrázek 8).

Podle toho, v jaké oblasti se nejvýrazněji projevují různé emoce, můžeme obličej rozdělit na **3 mimické zóny**:

1. oblast čela a obočí, kterou nejlépe vyjadřujeme překvapení
2. oblast očí a víček, která je pro nás v praxi nejdůležitější - vyčteme z ní strach a smutek
3. oblast dolní části obličeje - tváře, nos a dominující ústa, nám nejvíc napoví, že je druhý člověk šťastný (viz obrázek 9)

Celým obličejem vyjadřujeme rozčilení (Ekman, Friesen a Ellsworth, 1972).

Dennodenně nás při práci doprovází úsměv, ať už ze strany naší, nebo pacienta, proto je důležité zmínit a mít na mysli, že pokaždé neznázorňuje totéž. Přátelský úsměv může být prostý, horní nebo široký. Při prostém úsměvu jsou staženy koutky dozadu a mírně vyzdviženy. Může mít buď nižší intenzitu, která značí nejistotu, nerozhodnost

a měli bychom se jí tak raději vyvarovat, pokud chceme působit sebejistě a spolehlivě. Vyšší intenzita naopak signalizuje důvěru, přátelskost a srdečnost. Pokud je horní ret zúžen natolik, že je odhalena horní řada zubů, jedná se o horní úsměv vyjadřující přátelství, překvapení nebo údiv. V případě že nasadíme široký úsměv, jsou zjevné obě řady zubů. Je známkou nejvyšší intenzity radosti a štěstí. Ať už použijeme z výše zmíněných úsměvů jakýkoliv, měl by být především upřímný - rozzáří se při něm i oči. Nepřátelský nebo falešný úsměv bychom si měli úplně odpustit (viz obrázek 10 a 11). V každé situaci je zcela zásadní zvolit vhodný typ úsměvu - nepatřičný výběr může působit méně příznivým dojmem, než kdybychom se neusmáli vůbec (Lewis, 1998).

1.3.3 Gestika

Gesta - posunky, jsou pohyby hlavou, rukou nebo nohou, které vyjadřují naše pocity, emoce, doprovází či zdůrazňují slovní projev. Z hlediska vývoje jsou jednou z nejstarších forem komunikace, od řeči vzdálené téměř o jeden milion let. Řadu gest používáme vědomě jako např. zdvižení palce nahoru, pokynutí nebo uznalé poklepání na rameno. Nevědomá gesta o nás prozrazují mnohem víc, proto je nutné dávat si pozor na situace, které je mohou vyvolat.

Gesta obvykle dělíme na:

1. **Symboly** - jedná se o signály, které vkládáme do řeči, např. zamávání rukou, ruka v pěst s palcem nahoru, palce a ukazováčky spojené v srdce atd.
2. **Ilustrátory** - jsou to doprovodná gesta používaná během řeči na zdůraznění slov, naznačení vztahů, tvarů, velikostí, jedná se o každý pohyb těla (nejčastěji pomocí rukou a paží), který byl uskutečněn ve vztahu k verbální komunikaci
3. **Regulátory** - jsou to řídící signály změn pro zahájení a ukončení komunikace, např. podání ruky, mávnutí na pozdrav apod.
4. **Adaptéry** - jedná se o gesta a pohyby, které uspokojují naše potřeby; mohou snižovat napětí, jelikož sebe dotyk spustí vyplavování oxytocinu (Čajko, 2021), jedná se např. o tření rukou, poupravení brýlí, pročísnutí vlasů, aby nepadaly do očí atd. (Urbanová, Večeřa a Hunger, 2001)

Navarro (2021) vyvrací řadu mýtů, která doprovázející gesta. Zkřížení rukou na hrudi, např. když jsme naštvaní, nemusí podle Navarra znamenat, že si druhého nechceme pustit k tělu, snažíme se ho od sebe odstrčit a jsme defenzivní. Je to způsob, jak obejmout sebe sama, jak se uklidnit. Stejně tak zkřížení nohou bychom si neměli vždy vykládat tak, že se druhý cítí nesvůj. Často je to otázka sociálních norem, které diktuje společnost a ovlivňuje tak do velké míry naše chování. Např. ve 30. - 40. letech minulého století se u žen vyžadovalo, aby měly překřížené jak nohy, tak i kotníky. Gesto nevypovídalo o tom, že by se cítily nepohodlně. Svého krku se podle Navarra dotýkáme při pochybnostech, když jsme si nejistí, máme strach. Vysvětlení nalézá v minulosti, kdy jsme byli obklopeni predátory. „*A po čem jde predátor? Po krku. Všechny velké kočky jdou po krku. Takže jsme se vyvinuli k tomu, abychom se zastavili, byli potichu, nehýbali se a přikryli si krk*“ (Navarro, 2021). Ztuhnout a neutíkat byla nejlepší fungující strategie, kdo utíkal, byl většinou sežrán a nepředal tak své geny dál.

Kousání či tisknutí rtů je podle Navarra (2021) typickým gestem v situacích, kdy cítíme úzkost, jsme ve stresu nebo máme strach. Jedná se o alternativu cucání si palce, což jako sebe uklidňovací techniku používá už plod v děloze, přičemž mozek dostává signály, že je vše v pořádku. Ani po narození však tato potřeba zbavení se stresu nezmizí, akorát je vykompenzována třeba tím, že kouříme cigarety, třeme si tváře / ruce, anebo hodně jíme.

Nesmíme opomenout ani vliv kulturního prostředí. Je nezbytně nutné si vždy ověřit, zda mají gesta v jiné kultuře stejný význam, jako v té naší. Příkladem může být překřížení rukou na hrudi - v Turecku vás budou mít za drzé, kdežto v Japonsku vám dají prostor na přemýšlení. Ukazovák s prostředníkem do „V“, který znamená „vítězství“, se používá téměř ve všech zemích světa. Pokud ale ruku otočíme naopak, dlaní ke svému obličej, změní se význam - v Anglii už to budou vnímat jako urážlivé gesto (DeVito, 2001).

1.3.4 Haptika

Tento termín označuje doteky. Přátelský povzbudivý dotek, jakým je např. pohlazení po ruce nebo rameni, podporuje komunikaci. Taktilním kontaktem navíc získáváme informace o tlaku, teple, chladu, bolesti nebo vibracích (Křivohlavý, 1988). Snad každý už někdy slyšel o síle dotyku, která zdaleka není pouhým mýtem. Čím více

se totiž dotýkáme, tím víc se uvolňuje oxytocinu - hormonu lásky, z jeho zásobáren v neurohypofýze. Oxytocin ovlivňuje náladu - vyvolává pocity klidu, štěstí, radosti, a díky útlumu sympatiku redukuje stres, strach a úzkost (Uvnäs-Moberg, Arn a Magnusson, 2005).

Při prvním kontaktu s pacientem hraje kromě představení se svou roli i podání ruky - způsob, jakým byla podána, její vzdálenost od těla, síla a délka stisku. To vše vede k získání informací o momentálním stavu pacienta - jak fyzickém, tak duševním. „*Energické, sebejisté podání ruky s maximálním bočním úchopem a pevným, krátkým stiskem doprovázené pohledem z očí do očí představuje ideální formu počáteční komunikace*“ (Janáčková, 2009, s. 31; viz obrázek 12). I v tomto směru však hrají svou roli kulturní vlivy. Doba podání ruky se prodlužuje směrem od Evropy na východ. V Saudské Arábii dokonce můžete na ulici potkat dva muže držící se za ruce jako projev vzájemného respektu a přátelství. V Iránu zas podáním ruky dítěti vyjádříte uznání jeho rodičům (Šoltés, 2017).

Přestože dotek v praxi většina z nás používá naprosto intuitivně, mějme na paměti, že ne vždy je pacientovi příjemný. „*Dotýkáme-li se dospělého člověka, měli bychom si rozmyslet: JAK se budeme dotýkat, KDY se budeme dotýkat, KDE se budeme dotýkat, JAK DLOUHO se budeme dotýkat, S JAKOU INTENZITOU se budeme dotýkat*“ (Janáčková, 2009, s. 29). Na místa, kde je vhodné se druhého dotýkat, má vliv i pohlaví. U mužů je přátelský dotek téhož pohlaví omezen pouze na ruce, ale při doteku od opačného pohlaví je rozšířen na horní polovinu těla až po pás. Pokud se ženy bude dotýkat osoba stejného pohlaví, jsou pro tento dotyk vymezeny ruce a paže. Pro opačné pohlaví jsou na víc povoleny hlava, ramena a kolena (viz obrázek 13).

1.3.5 Posturologie

Termín posturologie je definován jako řeč fyzických postojů nebo držení těla, které zaujímáme v interakci s druhým člověkem. Z našeho postoje lze snadno vyčíst, jaký máme vztah ke svému okolí. Jestliže si s pacientem budeme rozumět, pak i naše pohyby a poloha těl budou v souladu - jedná se o **kongruenci**. Pokud mezi námi budou neshody nebo nesympatie, projeví se to asynchronními pohyby a odtažitostí, což vyjadřuje pojem **inkongruence** (Zacharová, 2011).

Pacient může buď stát, sedět nebo ležet. Pokud mu chceme něco sdělit, nebo od něj získat informace, je žádoucí zaujmout rovnocennou polohu - tzn. v případě, že pacient leží v lůžku, je vhodné se k němu posadit. Je nezbytné zdůraznit, že sednout si můžeme jediné na židli, nikdy ne na postel (Zacharová, 2011). V praxi se ale přesto častěji nalézáme v situaci, kdy stojíme, i když pacient leží. „*V tomto případě dopadají slova svrchu a postavení pacienta je nevýhodné (řada pacientů má traumatizující zážitky z vizit, které negativně ovlivnily celou jejich léčbu)*“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 46). Pokud nelze jinak, komunikace by měla obsahovat pouze informace související s výkonem (Venglářová, Mahrová, 2006).

Součástí posturologie jsou také **polohy končetin, hlavy, naklonění těla**. Zacharová (2011, s. 66-67) uvádí čtyři základní posturologické ukazatele:

1. **Otevřený, zúčastněný postoj** - tělo je lehce nakloněné dopředu, úsměv, oční kontakt, ruce jsou otevřené, prsty uvolněné, nohy nepřekřížené, tendence rozepínat si sako.
2. **Uzavřený postoj** - tělo je lehce nakloněné dozadu, uhýbá, sevřené rty, oči jako štěrbinu, paže zkřížené, ruce sevřené v pěst, svěšená ramena, oblečení zapnuté.
3. **Podezřívavý postoj** - tělo se lehce odklání pryč, pohled jen koutkem oka, zakrývání úst v průběhu řeči, ruce v kapsách, tichý hlas, komunikant více poslouchá a udržuje vzdálenost.
4. **Nervozita** - mnoho pohybů, gest, přesouvání pohledu z lidí na stěnu, překřížené ruce, nohy položené těsně vedle sebe, kývání se, pohrávání si s předměty, rukama, krčení oděvu, klepání tužkou.

1.3.6 Kinezika

Kinezikou rozumíme řeč těla, která zahrnuje všechny druhy spontánních pohybů, které neznamenaají gesta. „*Někteří autoři pojem kinezika považují za pojem nadřazený pojmu gestika. My se ale budeme držet odlišení na samostatné pojmy gestika a kinezika; podle kritéria spontánnosti a záměrnosti, společenského konsenzu a podle gestického dokreslování verbálního sdělení a mimovolného a mnohdy diskrepančního kinezického pohybu, který je výrazně individualizován (potahování se za nos, žmoulání oka,...)*“ (Mikuláščík, 2010, s. 111). I přesto, že se jedná o bezděčné pohyby, můžeme i z nich získat

informace o druhém. Při jejich výkladu je však nezbytná ostražitost - stejně tak jako gesta nemají jednoznačnou interpretaci (Mikuláščík, 2010).

Každý máme své osobité pohyby, díky kterým nás druzí mohou poznat už z dálky. Jejich dynamika - tempo střídání, je individuální. Ve zdravotnictví jsou pro nás pohyby znamením zlepšení, nebo naopak zhoršení zdravotního stavu pacienta. Zacharová (2011, s. 68) dodává, že: „*rozsah pohybů přímo souvisí s intenzitou emocionálního prožívání.*“

Kinezička u každého pohybu analyzuje jeho rozsah, začátek, trvání, zrychlení - zpomalení, změny v prostoru a konec. Rovněž se zabývá synchronizací a koordinací pohybů. Plynulé pohyby vyjadřují rozhodnost, otevřenost a jistotu. Naopak nesouvislé a nekoordinované pohyby jsou známkou nedostatku sebevědomí, vůle, rozpačitosti a nejistoty. Jako stvrzující příklad si můžeme uvést situaci popisovanou Navarrem (2010, s. 83): „*Když člověk začne náhle vykopávat nohama, je to obvykle spolehlivý ukazatel nepohody a nepříjemných pocitů. Tento jev lze často pozorovat, když je lidem při výsledku, pohovoru nebo interview položena otázka, která se jim nezamlouvá*“ (viz obrázek 16). Zvláštní podskupina pohybů je součástí oboru chirologie. Zabývá se ustálenými pohyby rukou, mezi které se řadí i znaková řeč (Urbanová, Večeřa a Hunger, 2001).

1.3.7 Proxemika

Proxemika je označení pro prostorovou blízkost - vyjadřuje, jak moc si druhého „pustíme k tělu.“ Vnímání vzájemné vzdálenosti při komunikaci je velice subjektivní. Pokud nám cizí člověk naruší náš osobní prostor, vyvolá v nás nepříjemné pocity, jakými jsou např. nejistota, ohrožení, rozpaky, přestaneme se soustředit na komunikaci a podvědomě zareagujeme ústupem. Vzájemné přibližování a vzdalování se nazýváme proxemický tanec. Dochází k němu při setkání lidí s odlišnými představami o velikosti svých osobních prostorů. „Tancem“ se snaží najít optimální vzájemnou vzdálenost vyhovující oběma stranám (Urbanová, Večeřa a Hunger, 2001; viz obrázek 15). Výjimkou, kdy pocity z narušení osobního prostoru vymizí, jsou tanec, sport a společné činnosti jako např. manuální práce.

Vzdálenost mezi sestrou a pacientem můžeme vnímat ve dvou rovinách. „**Horizontální rovina** je vzdálenost komunikujících od sebe - přiblížením nebo odstoupením. ... **Vertikální rovina** představuje výškovou úroveň vztahu k jinému člověku.

Lze ji vyjádřit výškou očí při rozhovoru. Pohled „nad“ působí dominantně, „pod“ submisivně“ (Zacharová, 2011, s. 63-64).

Člověk se nachází ve středu čtyř pomyslných bublin - zón, jejichž velikost je pro každého z nás individuální (obrázek 14). Jsou jimi:

1. **Intimní zóna** - do 45 cm od těla, ve zdravotnictví je často nutné vstoupit pacientovi do jeho intimního prostoru, mělo by to ale být vždy se souhlasem pacienta
2. **Osobní zóna** - 45 cm - 1,2 m, je přátelským prostorem pro naše blízké nebo lidi, které dobře známe, je příhodnou pro odběr anamnézy pacienta
3. **Sociální zóna** - 1,2 - 3,7 m, určena pro běžný kontakt s lidmi, čím větší máme od druhého odstup, tím je naše komunikace formálnější a cítíme se bezpečněji, nicméně s rostoucí nejistotou se k sobě naopak přibližujeme
4. **Veřejná zóna** - 3,7 m a více, je neosobní, vymezená pro komunikaci s cizími lidmi, člověka nevidíme detailně, ale jako celek

Velikost osobního prostoru se liší i v závislosti na kulturních zvyklostech. Např. Španělé, Italové nebo Francouzi mají větší osobní zónu a preferují při komunikaci menší odstup než Australané, bílí Severoameričané nebo Švédové. Je známo, že lidé žijící na vesnici mají větší osobní zónu než lidé z velkoměst. Důvodem je pravděpodobně velikost okolního prostoru - na vesnici ho má každý člověk víc než ve velkoměstě, kde bývá vysoká hustota obyvatel (Lewis, 1998).

1.3.8 Úprava zevnějšku

Celkovým vzhledem vytváříme první dojem a ovlivňujeme, jakým způsobem nás druzí budou vnímat, zda si získáme jejich důvěru a sympatie, nebo nikoliv. Proto je důležité jej nepodceňovat a nezapomínat ani na detaily. Neupravené a špinavé nehty mohou mít stejný negativní vliv na naše postavení před pacientem jako zmačkaná uniforma (Lewis, 1998).

Příslloví „šaty dělají člověka“ platí i ve zdravotnictví. Naše uniforma by měla být vždy čistá, vyžehlená a velikostně odpovídající postavě. Knoflíky zapnuté natolik, aby nevznikal nevhodný výstřih. Pokud se člověk ve vyšší míře potí, měl by na to brát zřetel - svědomitě dodržovat tělesnou hygienu, častěji používat deodorant nebo se převlékat. Neboť i čich může ovlivnit, zda se s námi bude pacient cítit příjemně

či nikoliv, což následně velkou měrou ovlivní vzájemnou komunikaci. Nesmíme opomenout ani obuv, která by, vzhledem k náplni sesterské práce a mnoha hodinovému stání, měla být certifikovaná, ortopedicky nezávadná, bezpečná a vždy čistá. Na utváření dobrého dojmu se podílí i naše vlasy - účes. Prozradí, zda o sebe dbáme, zda si potrpíme na módní trendy, nebo se snažíme odlišit od okolí apod. Např. dlouhé vlasy u mužů značí, ve srovnání s krátkými, menší konvenčnost.

Zdobení svého těla rovněž vysíláme okolí signály. Výrazné šperky z drahých kovů nebo prsteny s hodnotnými kameny jsou pro ostatní známkou bohatství. Ve zdravotnictví by však jejich nošení mělo být z hygienických důvodů omezeno na minimum - preferovány jsou vkusné drobné šperky. Na muže s náušnicí bývá nahlíženo jinak, než kdyby ji neměl. Také piercing a tetování ovlivňují úsudek a první dojem. Jedná se však o velice individuální záležitost - lidé jsou postupem času čím dál více otevřenější, tolerantnější, navíc tetování není už dávno spojováno výhradně s vězením (DeVito, 2008). Není výjimkou, že mezi hodnotící kritéria patří i stav nehtů - měly by být vždy čisté, ostříhané a nenalakované. Kousání nehtů je signálem nervozity nebo nejistoty (Navarro, Karlins, 2010). Lewis (1998, s. 216) ve své knize uvádí: „*Pokud lidé nejsou ochotni věnovat čas a námahu svému vzhledu, nevěřím nikdy ani tomu, že chtějí věnovat svůj čas a úsilí práci pro nás.*“

Úprava zevnějšku není spojována pouze s naším osobním vzhledem, ale vztahuje se i k okolnímu prostředí, jelikož i to ovlivňuje člověka během komunikace. „*Obecně platí, že příjemnější prostředí vyvolává pocit pohody, klidu*“ (Mikuláščík, 2010, s. 115), lidé se tu cítí bezpečně, komfortně a rádi tu tráví čas. S tímto záměrem, se zdravotnická zařízení snaží zvelebovat své prostory. „*Každá sestra by měla přispět ke zkrášlení, zútulnění a zdomácnění svého pracoviště, jak jen to jde*“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 50), např. květinami, obrazy, sezónními dekoracemi aj.

Je všeobecně známo, že barvy působí na psychiku, chování a vnímání člověka. Vlivem červeného světla se dech a mrkání očních víček zrychluje, kdežto modré světlo je zpomaluje. Přestože se říká „nesud’ knihu podle obalu“, přesně to intuitivně děláme - v obchodě si vybíráme zboží podle barev, nebo reagujeme na druhé na základě barvy jejich oblečení (DeVito, 2001).

Je důležité neopomenout ani úpravu zevnějšku a prostředí pacienta. „*K osobní pohodě významně přispívá hezké oblečení, účes, osobní čistota, upravená postel, aspoň minimální soukromí, čistý vzduch*“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 50). Nábytek na pokoji by měl být vždy uspořádán podle potřeb pacienta. V závislosti na zdravotním stavu

nemocného je nutné mu s péčí o sebe sama dopomoci, nebo ho úplně zastoupit. Nezapomínejme však, že jakmile to bude jen trochu možné, je nezbytné jej podporovat v samostatnosti.

1.3.9 Chronemika

Jedná se o podstatnou součást neverbální komunikace. *„Je to způsob, jakým vyjadřujeme, užíváme a strukturujeme čas ve vztahu k jiným lidem. Jedná se o to, jak člověk komunikuje v časových souvislostech“* (Mikuláščík, 2010, s. 114). Organizace času každého z nás je velice individuální - jedna sestřička stráví komunikací s pacientem maximum možného času, může se stát, že i na úkor ostatních povinností, druhá naopak sdělí jen nezbytně nutné informace a pokračuje v další práci. Důležité je nalézt bilanci a naučit se s časem efektivně hospodařit - chodit do práce včas, z práce zas bez zbytečných přescasů a věnovat se jednotlivým pacientům a administrativním činnostem v takovém rozsahu, abychom stihly splnit všechny povinnosti a zároveň zajistily kvalitní péči odpovídající potřebám každého jedince (Mikuláščík, 2010). V případě časového skluzu bychom si před nemocnými měly dát obzvlášť pozor na svou neverbální komunikaci. Kupříkladu sledování hodiněk během rozhovoru může u pacienta vyvolat rozčilení, nedůvěru, pocit nejistoty nebo nedostatečného zájmu z naší strany. *„Chronemika se týká také vzájemné komunikační vyváženosti obou stran, tedy toho, jak každý z účastníků respektuje právo obou stran na stejné časové vstupy do rozhovoru“* (Mikuláščík, 2010, s. 114).

1.4 KOMUNIKACE ČINY

„Uvedením slovních a mimoslovních forem komunikace však výčet druhů našeho sdělování nekončí. Patří sem ještě jedna - a právě ta nejdůležitější - skupina způsobů sdělování, naše činy“ (Křivohlavý, 1988, s. 18). Pokud je posuzujeme z morálního hlediska, mohou druhé ovlivňovat buď kladně, nebo záporně. V prvním případě hovoříme o sociální **evalvací** - zvyšování hodnoty. Patří sem např. úcta vůči druhému, opravdový zájem, respekt, ochota, laskavost, ohleduplnost aj. Opakem je **devalvace** - snižování

hodnoty, sebevědomí druhého. Mezi projevy patří ponižování, neuctivost, pohrdání, despekt, lhostejnost, netaktnost, namyšlenost atp. Vzhledem k tomu, že navázání dobrého vztahu s pacientem ovlivňuje vzájemnou komunikaci, spolupráci a tím i jeho léčbu, měli bychom se devalvace vyvarovat (Křivohlavý, 1988).

Kromě morálky se můžeme zaměřit na naše chování, jednání a skutky z pohledu hodnot, které mají pro pacienty. Můžeme sem zařadit např. projev uznání, chválu; na druhé straně posměšky, ironii a bagatelizaci snah pacienta.

Podstatné je, aby naše komunikace byla kongruentní - činy byly odrazem toho, co říkáme, anebo přímo komunikovaly za nás - jako např. při poskytnutí první pomoci, protože jak říká Navarro (2015): *„Jediné, na čem záleží, je, jak se chováte k těm, kteří pro Vás nemůžou vůbec nic udělat.“* S inkongruencí a následným nepřijetím do kolektivu se nejčastěji setkáváme, když se člověk snaží zamaskovat své chyby a nedostatky, než aby si je přiznal a čelil následkům (Venglářová, Mahrová, 2006).

2 VŠEOBECNÁ SESTRA JAKO PROFESE

Ošetrovatelství je pod vlivem vyvíjejících se technologií, získávání nových znalostí a rostoucích požadavků na kvalitu zdravotní péče nuceno k neustálému vývoji a zdokonalování se. S pokrokem jdou ruku v ruce čím dál vyšší nároky na vědomosti a dovednosti ošetrovatelského personálu. „*Také v současnosti zůstává plnění diagnosticko-terapeutického plánu lékaře jednou z hlavních činností sester - ovšem s rozdílem, že se u nich předpokládá svěbytný profesionální úsudek a tzv. praktická moudrost (fronésis), jež reprezentuje schopnost správně a prozíravě jednat a konat ve vztahu k věcem obecným*“ (Ptáček, Bartůněk, 2014, s. 287). Kompetence sester přibývají i v závislosti na vzdělání - vyšší odborné, bakalářské nebo specializační studium je v dnešní době již nutností. Zákon č. 96/2004 Sb. rovněž ukládá za povinnost celoživotní vzdělávání každému nelékařskému zdravotnickému pracovníkovi, kterými jsou i všeobecné sestry.

Ošetrovatelský proces je nástrojem pro vyhledávání a uspokojování individuálních bio-psycho-sociálních potřeb pacientů a zajištění individualizované zdravotní péče, jejíž pomocí máme předcházet nemocem, navracet a podporovat zdraví pacienta, rozvíjet jeho soběstačnost, zmírňovat utrpení nebo zajistit klidné umírání a důstojnou smrt (Věstník MZ ČR, 2004; Kodex ICN, 2012). Všeobecná sestra se jako členka multidisciplinárního zdravotnického týmu podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní a neodkladné nebo dispenzární péči. „*Neodmyslitelnou podmínkou ošetrovatelské péče je respektování lidských práv - tj. právo na život, důstojnost a zacházení s úctou*“ (Ptáček, Bartůněk, 2014, s. 288). Další etická pravidla, která by sestry měly respektovat, akceptovat a dodržovat, byla definována v r. 1973 Mezinárodní radou sester (International Council of Nursing - ICN) v rámci Etického kodexu. V České republice byl kodex přijat Českou asociací sester (ČAS) 29. 3. 2003 (znění kodexu viz příloha 9).

Základem kvalitní ošetrovatelské péče jsou kromě znalosti práv a zákonů také vlastnosti (blíže popsány v podkapitole Role všeobecné sestry) a odbornost všeobecné sestry. Jejím předpokladem jsou kvalitní znalosti metod používaných při ošetrovatelské péči, standardů, které jsou platné pro jednotlivé odborné výkony v nemocnici, a práce se zdravotnickou dokumentací. Dalšími podmínkami jsou umění pracovat s technikou, manažerské dovednosti a zručnost vyžadující zvládnutí vnějších - např. stresujících situací,

a vnitřních okolností - sem patří např. fyzický nebo psychický stav sestry a její schopnost zvládnout sama sebe (Kristová, 2004; Kelnarová, Matějková, 2014, s. 25).

Kromě odbornosti získané studiem a prohlubované v rámci celoživotního vzdělávání můžeme na základě vrozených schopností v oblasti emocionální inteligence rozvíjet tzv. měkké dovednosti (soft skills). Společně s odbornými vědomostmi a dovednostmi nám pomohou zajistit přijetí do zaměstnání, kariérní růst, oblíbenost mezi kolegy nebo spokojenost v práci (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 25-26). Peters-Kühlingerová a Friedel (2007) uvádějí nejdůležitější měkké dovednosti, kterými jsou:

- komunikační dovednosti
- zdravé sebevědomí
- empatie
- schopnost týmové spolupráce
- schopnost přijímat kritiku a účinně kritizovat
- analytické myšlení
- důvěryhodnost
- sebeovládání, disciplína
- zvědavost
- schopnost zvládat konflikty
- schopnost prosadit se

2.1 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY

Jednu z předních příček žebříčku hodnot každého z nás zaujímá potřeba seberealizace. Pokud chceme, aby nám naše práce přinášela pocit naplnění a seberealizace, je třeba naplnit očekávání nejen svá, ale i pacientů a kolegů. Je nezbytné mít jisté osobnostní předpoklady, abychom byly schopny úspěšně plnit roli všeobecné sestry a dokázaly se s ní identifikovat (Kelnarová, Matějková, 2014). „*Identifikací se obvykle rozumí proces, během kterého se jedinec ztotožní s rolí nebo osobou, která ji představuje. Pojme do sebe názory, hodnoty, motivy a postoje svého vzoru a začne se i jako vzor chovat*“ (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 1997, s. 84). Podle Kelnarové a Matějkové

(2014, s. 24) ztotožnění se s rolí znamená: „ ... *přijmout normy, hodnoty, motivy, postoje, zákony, etické kodexy a práva, která patří k povolání zdravotníka.* “

Mezi osobnostními předpoklady pro výkon povolání sestry je třeba zmínit náležité vlastnosti, znalosti, dovednosti a postoje. Člověk, který se rozhodne stát všeobecnou sestrou, by měl mít dostatečnou motivaci a snahu pomáhat druhým lidem. Americká národní liga pro vzdělávání sester v r. 1938 vytvořila soupis vhodných vlastností pro sestry. Podle ní by sestra měla být: „*citově zralá, čilá, důkladná, kritická a kritiku přijímající, nadšená, loajální, nezávislá, odvážná, přemýšlivá, přizpůsobivá, spolehlivá, srdečná, sympatická, šetrná, taktní, tolerantní, upřímná, vynalézavá, vytrvalá a zdvořilá. Dále by měla být schopná dobrého úsudku, dobré spolupráce a plánování práce. Měla by mít vysokou sebekontrolu, respekt k autoritám a nadřízeným ...*“ a mnoho dalšího (Kelarová, Matějková, 2014, s. 24). Všeobecná sestra by měla mít odpovídající odborné znalosti a dovednosti. Měla by být schopna týmové spolupráce, individualizovaného přístupu ke každému pacientovi, asertivního chování a empatického aktivního naslouchání. Měla by mít holistický přístup, pozitivní vztah k druhým a respekt k lidským právům.

Sestra zastává díky svému širokému rozsahu odborného působení hned několik rolí. Podle Farkašové (2006, s. 181-182) „*role sester ovlivňují změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie, celkový zdravotní stav obyvatelstva. Na tyto tendence reaguje vzdělávání sester i ošetrovatelská praxe, což má za následek změny rolí sester.*“ V. A. Hendersonová, která měla podstatný vliv na teoretické základy ošetrovatelství, popsala roli sestry ve vztahu k pacientovi jako: „*jedinečná funkce sester v pomoci zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti, které přispívají ke zdraví nebo k uzdravení (nebo k pokojné smrti) a jež by jedinec prováděl bez pomoci, pokud by disponoval potřebnou silou, vůlí nebo znalostí. Tuto funkci je nezbytné vykonávat způsobem, který jedinci pokud možno co nejrychleji pomůže získat nezávislost*“ (Ptáček, Bartůněk, 2014, s. 288).

Podle Farkašové (2006) má role sestry několik charakteristických znaků. Každá sestra by měla být emocionálně neutrální, schopna uvažovat a jednat racionálně. Měla by se vždy řídit potřebami pacienta, snažit pochopit jeho problémy a aktivně využívat svou schopnost zajistit mu pocit jistoty. V současné době plní sestra nejčastěji tyto role:

Sestra - poskytovatelka ošetrovatelské péče - zajišťuje péči o nemocné v nemocnici nebo terénu metodou ošetrovatelského procesu. Vyznačuje se holistickým chápáním nemocného. Vyhledává a uspokojuje jeho bio-psycho-sociální potřeby, které

sám saturovat nedokáže. Je schopná pracovat samostatně, díky čemuž se její kompetence neustále rozšiřují, a je rovnocennou partnerkou lékaře.

Sestra - manažerka - řídí ošetrovatelský proces. Tato role je součástí všech ošetrovatelských činností, zajišťuje efektivní, koordinovanou a individualizovanou péči a spolupráci multidisciplinárního zdravotnického týmu.

Sestra - edukátorka - je zaměřena na utváření uvědomělého a zodpovědného chování jedince v zájmu podpory zachování nebo obnovy zdraví. Edukací pacienta a jeho příbuzných je chrání před neinformovaností, neznalostí a dezorientací nemocného, podílí se na rozvoji soběstačnosti nebo nácviku praktických dovedností, jakou je např. aplikace inzulínu.

Sestra - advokátka - je obhájkyní a zastánkyní pacienta, reprezentuje jeho práva, vše mu vysvětluje, tlumočí jeho názory, požadavky a obhajuje zájmy.

Sestra - nositelka změn - ošetrovatelství prochází neustálým vývojem a efektivita péče tak závisí na kontinuitě změn; pro sestru by měla být tato role hnací silou.

Sestra - výzkumnice - role se stává aktuální ve společnosti, ve které se utváří ošetrovatelství jako sociálně významná vědecká profese; pro tuto roli je důležité vzdělání, možnosti a potenciál.

Sestra - mentorka - zodpovídá za klinický dohled nad studenty ošetrovatelství. Role vyžaduje adekvátní klinickou a pedagogickou způsobilost, trpělivost a zralou osobnost (Farkašová, 2006, s. 182).

Sestra - komunikátorka - je nadřazenou rolí všem výše zmíněným a současně tvoří jejich nedílnou část. Stížnosti pacientů na naše zdravotnictví se vztahují mnohem častěji k nevhodnému chování a vyjadřování lékařů a sester, než k nedostatkům v léčebném postupu. Nesrozumitelné informování pacienta o jeho zdravotním stavu nebo vzniklých komplikacích v něm vzbuzuje nejistotu, pochybnosti a neochotu spolupracovat při léčbě. Neosobní přístup sester, nedostatek času na nemocného, nevhodná volba místa pro předání informací, to vše může vést jak k obavám, tak i k přehnaným očekáváním pacienta a následné ztrátě důvěry. Pak se naše veškeré snahy o léčbu nemocného mohou mít jen málo účinkem. Z uvedeného vyplývá, že nejen odborné znalosti a dovednosti, ale i empatie, profesionální a zároveň lidský přístup jsou nepostradatelné pro dobrý vztah mezi sestrou a pacientem a že znalost základů komunikace jde ruku v ruce s uměním léčit (Hansmanová, 2010).

EMPIRICKÁ ČÁST

3 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Před započítím výzkumného šetření bylo stanoveno pět základních cílů:

1. Zjistit využití neverbální komunikace v rámci poskytování ošetrovatelské péče na interních a chirurgických odděleních z pohledu sester a dospělých pacientů.
2. Zjistit dosavadní úroveň znalostí všeobecných sester o problematice komunikace se zaměřením na neverbální komunikaci.
3. Zmapovat a porovnat rozdíly v neverbální komunikaci sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu sester a pacientů.
4. Vytipovat, co se v rámci neverbální komunikace nejvíc využívá, jak to pacienti vnímají.
5. Na základě zjištěných údajů stanovit doporučení, na co by si všeobecné sestry měly dávat pozor, aby nepoškodily pacienta v souvislosti s komunikací.

4 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V empirické části této práce byla pro získání dat zvolena kvantitativní metoda výzkumu, načež sběr dat probíhal prostřednictvím dobrovolných anonymních dotazníků. Nejprve byla vytvořena pracovní verze určená všeobecným sestrám, kterou jsem následně konzultovala s vedoucí práce. Na základě jejích rad a připomínek byla provedena korekce dotazníku. Při jeho tvorbě jsem se inspirovala dotazníkem studentky Martiny Polákové (Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry, 2008).

Finální verze obsahuje 26 otázek, 3 podotázky a prostor k vlastnímu vyjádření v otázce č. 27. Součástí jsou otázky uzavřené - dichotomické (máme na výběr ze dvou odpovědí) a polytomické (v nabídce jsou tři a více variant odpovědí), dále polouzavřené s možností vlastní odpovědi respondenta po výběru kategorie „jiné“ a otevřené s volnou tvorbou odpovědi. Tento dotazník pro všeobecné sestry je k dispozici v příloze 2.

Na základě dotazníku určeného všeobecným sestrám byla vytvořena další verze pro kontrolní skupinu, a to pacienty nad 18 let. Před zahájením sběru dat v praxi proběhla konzultace s vedoucí práce a úprava dotazníku dle jejích doporučení a výhrad. Konečná verze obsahuje 26 otázek, 6 podotázek a možnost vlastního komentáře v otázce č. 27 (viz příloha 3).

5 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Empirické šetření probíhalo na interních a chirurgických odděleních ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové s laskavým svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (viz příloha 1). Hlavním zkoumaným souborem byly všeobecné sestry z výše zmíněných pracovišť. Vzhledem k probíhající pandemii onemocnění COVID-19 bylo velice obtížné získat ve FNHK dostatečný počet požadovaných respondentů, proto jsem využila síly sociálních sítí a skupiny určené nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kde jsem nasbírala zbývající dotazníky od sester z interních a chirurgických oddělení. Díky tomu jsem navýšila návratnost a dostala se na celkový počet 114 respondentů - 73 sester z interních a 41 z chirurgických oddělení, namísto původně předpokládaných 50 dotazovaných.

Kontrolní skupinu respondentů tvořili pacienti nad 18 let hospitalizovaní na interních a chirurgických odděleních FNHK, kteří udělili souhlas s tímto výzkumem. Nemocní byli vybráni podle pohlaví, věku, místa probíhající hospitalizace a jejich zdravotního stavu - zda byli schopni sami nebo s dopomocí vyplnit dotazník či nikoliv. Návratnost byla od 60 pacientů 100%. 35 zvolených respondentů bylo hospitalizováno na interně a 25 na chirurgii.

Výzkum probíhal v termínu od 1. 4. 2021 do 30. 4. 2021. Získaná data byla zpracována v tabulkovém procesoru Microsoft Excel pomocí kontingenčních tabulek a následně umístěna do jednoduchých tabulek, které obsahují absolutní počty dotazovaných, kteří zvolili u dané otázky stejnou odpověď, a jejich relativní četnosti vyjádřené v %. Pro lepší přehlednost byly využity koláčové a sloupcové grafy vytvořené prostřednictvím Microsoft Excel.

6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U SESTER

Na nadcházejících stranách této bakalářské práce naleznete výsledky dotazníkového šetření u sester. Výzkumného šetření se zúčastnilo 50 respondentů z interních a chirurgických oddělení Fakultní nemocnice Hradec Králové a 64 dotazovaných pracujících na stejném druhu oddělení, které jsem získala prostřednictvím sociálních sítí, a to skupiny určené nelékařským zdravotnickým pracovníkům. Součástí každé otázky je tabulka s přehledem získaných odpovědí, pod kterou se nachází stručný popis výsledků s absolutními a relativními (%) počty dotazovaných. U některých otázek je pro lepší orientaci a představu uveden koláčový graf s procentuálními hodnotami.

1. Pohlaví

| | dotazovaných | procentuálně |
|------|--------------|--------------|
| Muž | 3 | 3 % |
| Žena | 111 | 97 % |

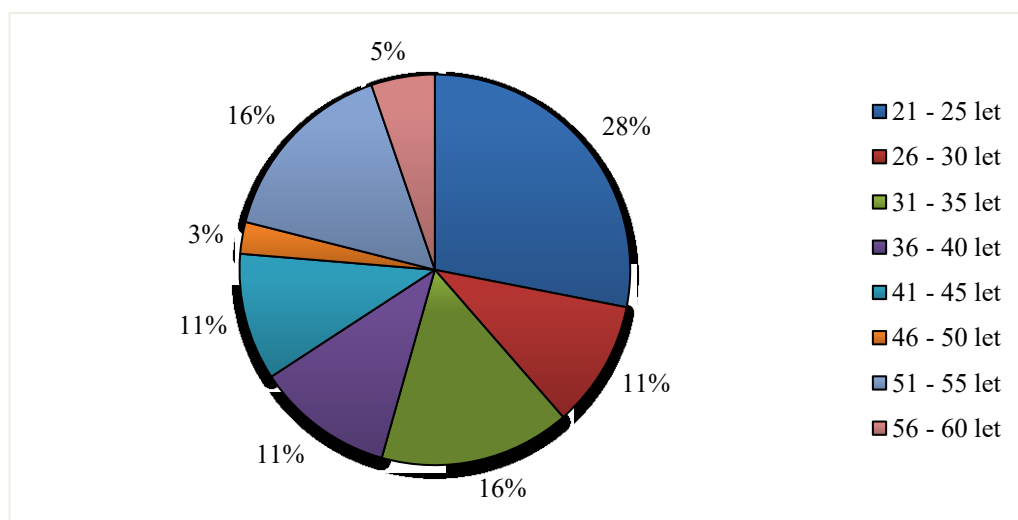
Tabulka 1 - Pohlaví sester

Z celkového počtu 114 dotazovaných sester (100 %) vykonávajících svou praxi na interních a chirurgických pracovištích je naprostá většina - 111 z nich, čili 97 %, ženského pohlaví. Tento fakt poukazuje na nízké zastoupení mužů na pozici zdravotních sester - pouze 3 (3 %), na odděleních, kde byl prováděn výzkum.

2. Věk

| | dotazovaných | procentuálně |
|-------------|--------------|--------------|
| 21 - 25 let | 32 | 28 % |
| 26 - 30 let | 12 | 11 % |
| 31 - 35 let | 18 | 16 % |
| 36 - 40 let | 13 | 11 % |
| 41 - 45 let | 12 | 11 % |
| 46 - 50 let | 3 | 3 % |
| 51 - 55 let | 18 | 16 % |
| 56 - 60 let | 6 | 5 % |

Tabulka 2 - Věk dotazovaných sester



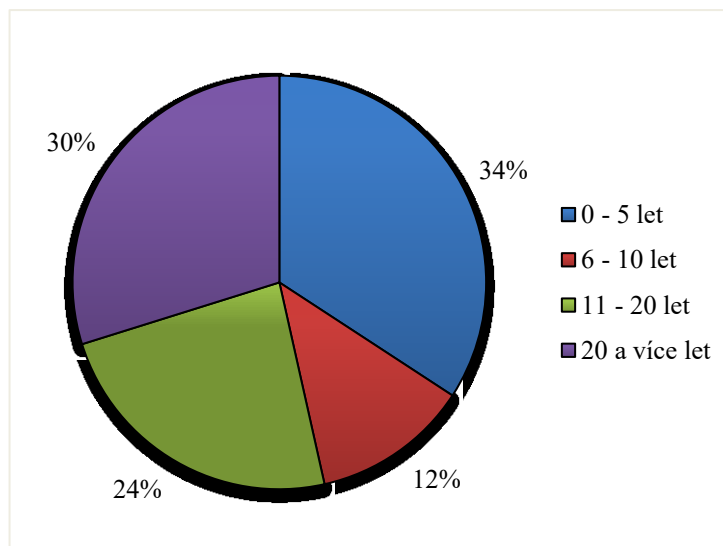
Graf 1 - Věk dotazovaných sester

Dotazníkového šetření se zúčastnilo nejvíce sester ve věku 21 - 25 let, a to 32 (28 %) z celkového počtu 114 respondentů. Dále měly vysoké zastoupení kategorie 31 - 35 let a 51 - 55 let, každá po 18 sestrách (tj. 16 %). Nadpoloviční většinu dotazovaných tvořily sestry ve věku do 35 let (55 %). Rovnoměrné zastoupení měly věkové kategorie 26 - 30 let, 36 - 40 let a 41 - 45 let a to po 12 - 13 sestrách (11 % při zaokrouhlení na celá čísla). Nejmenší účast byla u sester ve věku 46 - 50 let, které byly pouze 3 (3 %).

3. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?

| | dotazovaných | procentuálně |
|---------------|--------------|--------------|
| 0 - 5 let | 39 | 34 % |
| 6 - 10 let | 14 | 12 % |
| 11 - 20 let | 27 | 24 % |
| 20 a více let | 34 | 30 % |

Tabulka 3 - Odpracované roky v praxi



Graf 2 - Odpracované roky v praxi

Dvě nejpočetnější skupiny respondentů pracují ve zdravotnictví 0 - 5 let (34 %) a 20 a více let (30 %). Nadpoloviční většina dotazovaných (54 %) má praxi 11 a více let. 27 sester (24 %) uvedlo, že má praxi 11 - 20 let. Nejmenší podíl tvoří skupina 14 sester (12 %) s praxí 6 - 10 let.

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *(možnost označit více odpovědí)*

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------------------------------|--------------|--------------|
| Středoškolské (maturitní zkouška) | 28 | 25 % |
| Vyšší odborné (DiS.) | 18 | 16 % |
| Vysokoškolské (Bc.) | 45 | 39 % |
| Vysokoškolské (Mgr.) | 13 | 11 % |
| Specializační vzdělání | 29 | 25 % |

Tabulka 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání sester

V otázce nejvyššího dosaženého vzdělání měly největší zastoupení vysokoškolsky vzdělané sestry s titulem Bc. - 45 sester (39 %). Přesně polovina respondentů (50 %) uvedla, že má vysokoškolský titul Bc. nebo Mgr. Čtvrtina dotazovaných (28 sester) byli absolventi středních zdravotnických škol. Další čtvrtina respondentů (29 sester) absolvovala specializační vzdělání. Vyšší odbornou školu vystudovalo 18 sester (16 %). Z výsledků vyplývá, že pouze 25 % sester má „jen“ středoškolské vzdělání a že zájem o další vzdělávání je vysoký (75 % respondentů).

5. Na kterém oddělení pracujete v současné době?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-------------|--------------|--------------|
| interní | 73 | 64 % |
| chirurgické | 41 | 36 % |

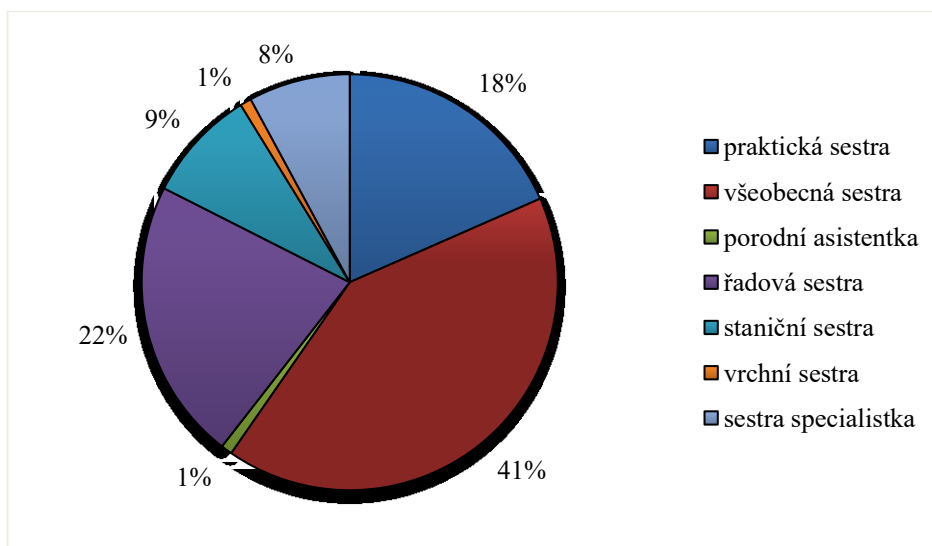
Tabulka 5 - Současné oddělení praxe

73 sester (64 %) ze 114 dotazovaných (100 %) uvedlo, že pracuje na interních odděleních. Zbylých 41 sester (36 %) jako místo výkonu své praxe označilo chirurgická pracoviště.

Jaká je Vaše pozice?

| | dotazovaných | procentuálně |
|--------------------|--------------|--------------|
| praktická sestra | 21 | 18 % |
| všeobecná sestra | 47 | 41 % |
| porodní asistentka | 1 | 1 % |
| řadová sestra | 25 | 22 % |
| staniční sestra | 10 | 9 % |
| vrchní sestra | 1 | 1 % |
| sestra specialista | 9 | 8 % |

Tabulka 6 - Současná pozice



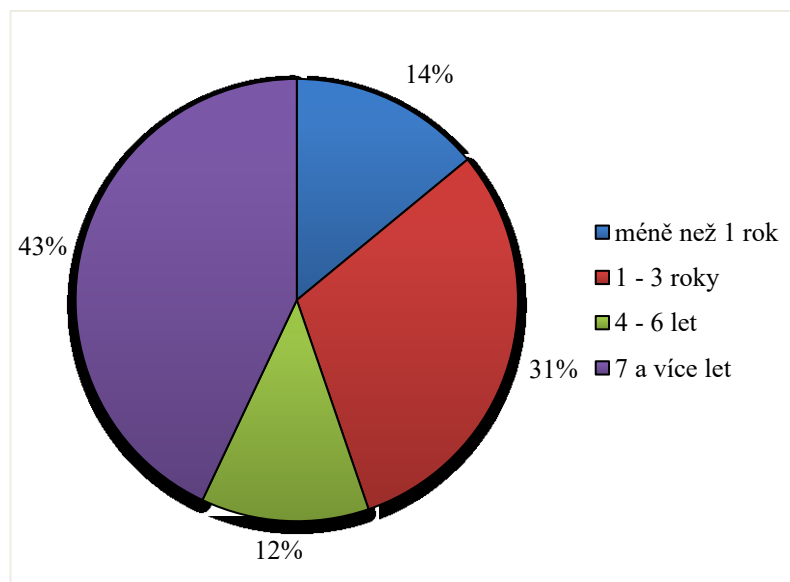
Graf 3 - Současná pozice

Z celkového počtu 114 respondentů (100 %) zodpovědělo otevřenou otázku na současnou pozici na oddělení správně pouze 36 sester (32 %) - 25 řadových, 10 staničních a 1 vrchní sestra. Ostatní sestry (68 %) do odpovědi uvedly své dosažené vzdělání.

6. Jak dlouho na tomto oddělení pracujete?

| | dotazovaných | procentuálně |
|----------------|--------------|--------------|
| méně než 1 rok | 16 | 14 % |
| 1 - 3 roky | 35 | 31 % |
| 4 - 6 let | 14 | 12 % |
| 7 a více let | 49 | 43 % |

Tabulka 7 - Odpracované roky na současném oddělení



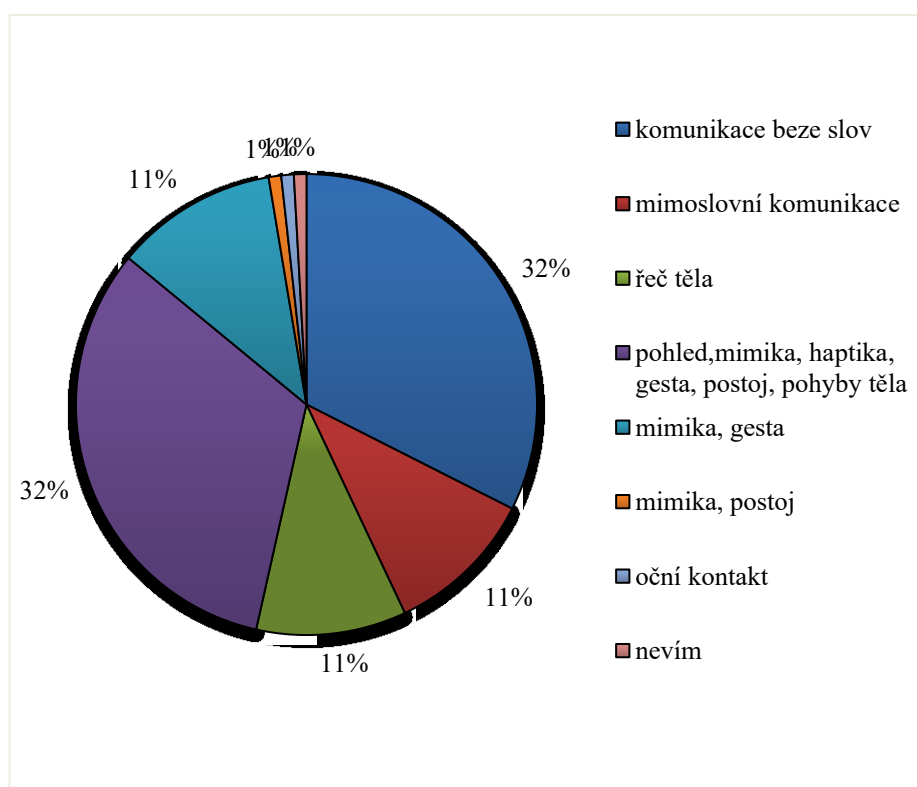
Graf 4 - Odpracované roky na současném oddělení

Ze 114 dotazovaných (100 %) uvedlo 49 sester (43 %), že pracuje na současném interním nebo chirurgickém oddělení 7 a více let. 35 respondentů (31 %) zodpovědělo, že je na nynějším pracovišti 1 - 3 roky. Dvě zbývající kategorie byly vyrovnané - 16 respondentů (14 %) v kategorii „méně než 1 rok“ a 14 respondentů (12 %) v kategorii „4 - 6 let“.

7. Co je podle Vás neverbální komunikace?

| | dotazovaných | procentuálně |
|---|--------------|--------------|
| komunikace beze slov | 37 | 32 % |
| mimoslovní komunikace | 12 | 11 % |
| řeč těla | 12 | 11 % |
| pohled, mimika, haptika, gesta, postoj, pohyby těla | 37 | 32 % |
| mimika, gesta | 13 | 11 % |
| mimika, postoj | 1 | 1 % |
| oční kontakt | 1 | 1 % |
| nevím | 1 | 1 % |

Tabulka 8 - Význam pojmu neverbální komunikace podle sester



Graf 5 - Význam pojmu neverbální komunikace podle sester

99 % dotazovaných sester vědělo, co si představit pod pojmem neverbální komunikace. 49 sester (43 %) pojem definovalo jako „komunikaci beze slov“ nebo „mimoslovní komunikaci.“ Jako „řeč těla“ ji označilo 12 sester (11 %). Celkem se tak přímo k pojmu vyjádřilo 61 sester (54 %). Konkrétní příklady uvedlo 52 dotazovaných (45 %).

8. Co všechno zahrnuje neverbální komunikace? (možnost označit více odpovědí)

| | dotazovaných | procentuálně |
|---------------------|--------------|--------------|
| výraz obličeje | 114 | 100 % |
| dotek | 109 | 96 % |
| rozhovor | 5 | 4 % |
| úprava zevnějšku | 72 | 63 % |
| tón hlasu | 45 | 39 % |
| gesta | 112 | 98 % |
| vzájemná vzdálenost | 96 | 84 % |
| jiné | 8 | 7 % |

Tabulka 9 - Složky neverbální komunikace podle sester

Z odpovědí v tabulce vyplývá, že „výraz obličeje“ jako součást neverbální komunikace označilo všech 114 respondentů (100 %). Následuje odpověď „gesta“, kterou označilo 112 dotazovaných (98 %). „Dotek“ se objevil v odpovědi 109 respondentů (96 %). „Vzájemnou vzdálenost“ považuje za součást neverbální komunikace 96 sester (84 %), „úpravu zevnějšku“ 72 dotazovaných (63 %). „Tón hlasu“ se vyskytl ve 45 odpovědích (39 %). Kategorii „jiné“ zvolilo 8 dotazovaných (7 %). „Rozhovor“ jako složku neverbální komunikace chybně označilo 5 respondentů (4 %).

9. Považujete svou neverbální komunikaci za důležitou pro pacienta?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------|--------------|--------------|
| ano | 101 | 89 % |
| spíše ano | 12 | 10 % |
| nevím | 1 | 1 % |
| spíše ne | 0 | 0 % |
| ne | 0 | 0 % |

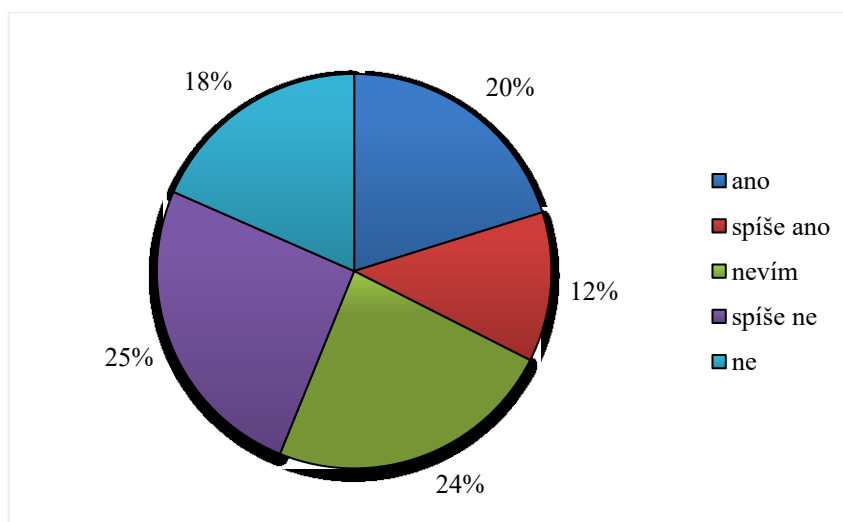
Tabulka 10 - Důležitost neverbální komunikace z pohledu sester

Z celkového počtu 114 respondentů (100 %) považuje 99 % sester svou neverbální komunikaci za důležitou pro pacienta - 101 z nich označilo odpověď „ano“ (89 %) a 12 uvedlo „spíše ano“ (10 %). Pouze jedna sestra zvolila odpověď „nevím“ (1 %).

10. Myslíte si, že je rozdíl v neverbální komunikaci sester na interních a chirurgických pracovištích?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------|--------------|--------------|
| ano | 23 | 20 % |
| spíše ano | 14 | 12 % |
| nevím | 27 | 24 % |
| spíše ne | 29 | 25 % |
| ne | 21 | 18 % |

Tabulka 11 - Rozdíl v NK sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu sester



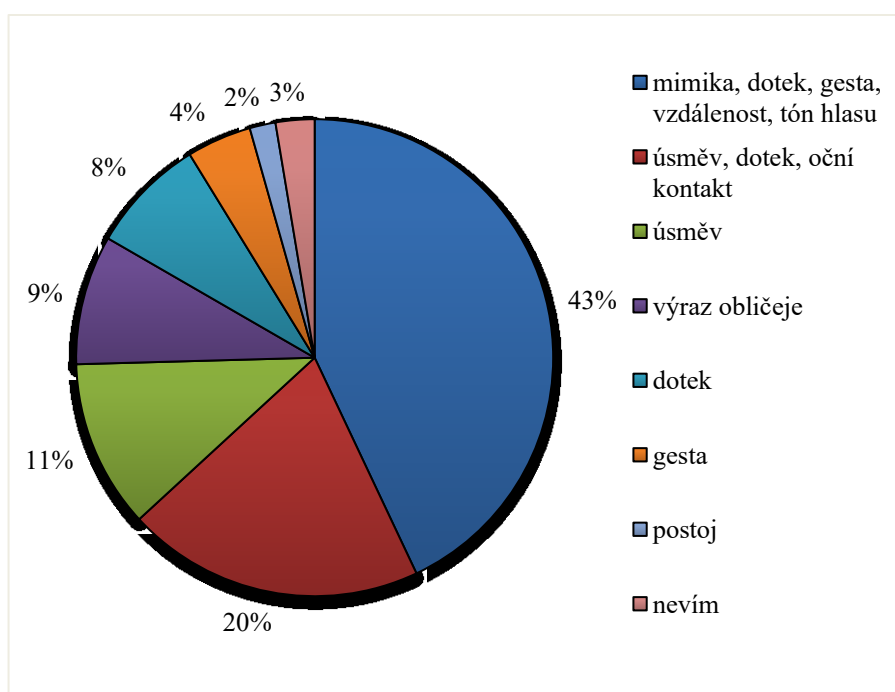
Graf 6 - Rozdíl v NK sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu sester

37 dotazovaných sester (32 %) si myslí, že je rozdíl v neverbální komunikaci sester na interních a chirurgických pracovištích. 23 z nich (20 %) zvolilo odpověď „ano“ a 14 sester (12 %) odpovědělo „spíše ano.“ Naproti tomu je 50 respondentů (43 %) opačného názoru - 29 sester (25 %) uvedlo „spíše ne“ a 21 sester (18 %) „ne.“ Téměř čtvrtina respondentů (27, čili 24 %) označila odpověď „nevím.“

11. Co v rámci neverbální komunikace nejčastěji využíváte?

| | dotazovaných | procentuálně |
|---|--------------|--------------|
| mimika, dotek, gesta, vzdálenost, tón hlasu | 49 | 43 % |
| úsměv, dotek, oční kontakt | 23 | 20 % |
| úsměv | 13 | 11 % |
| výraz obličeje | 10 | 9 % |
| dotek | 9 | 8 % |
| gesta | 5 | 4 % |
| postoj | 2 | 2 % |
| nevím | 3 | 3 % |

Tabulka 12 - Sestrami nejčastěji využívaná neverbální komunikace



Graf 7 - Sestrami nejčastěji využívaná neverbální komunikace

Mezi nejčastěji využívanými složkami neverbální komunikace se nejvíce objevoval výčet: „mimika, dotek, gesta, vzdálenost, tón hlasu,“ a to u 49 respondentů (43 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly sestry, které odpovídaly výčtem: „úsměv, dotek a oční kontakt,“ který se vyskytl ve 23 odpovědích (20 %). „Úsměv“ využívá nejčastěji 13 respondentů (11 %), „výraz obličeje“ uvedlo 10 dotazovaných (9 %) a „dotek“ 9 sester (8 %). Odpověď „nevím“ označily 3 sestry (3 %).

12. Ze které mimické zóny obličeje pacienta nejlépe vyčtete strach a smutek?

| | dotazovaných | procentuálně |
|--------------------------|--------------|--------------|
| oblast čela a obočí | 30 | 26 % |
| oblast očí | 73 | 64 % |
| oblast nosu, tváří a úst | 11 | 10 % |

Tabulka 13 - Vyčtení strachu a smutku z obličeje

Ze 114 respondentů (100 %) zvolilo 73 dotazovaných sester (64 %) z teoretického hlediska správnou odpověď - nejlépe vyčtou strach a smutek z oblasti očí. 30 respondentů (26 %) označilo první možnou odpověď - „oblast čela a obočí“ a 11 dotazovaných (10 %) odpovědělo „oblast nosu, tváří a úst.“

13. Udržujete při komunikaci s nemocným oční kontakt?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----|--------------|--------------|
| ano | 112 | 98 % |
| ne | 2 | 2 % |

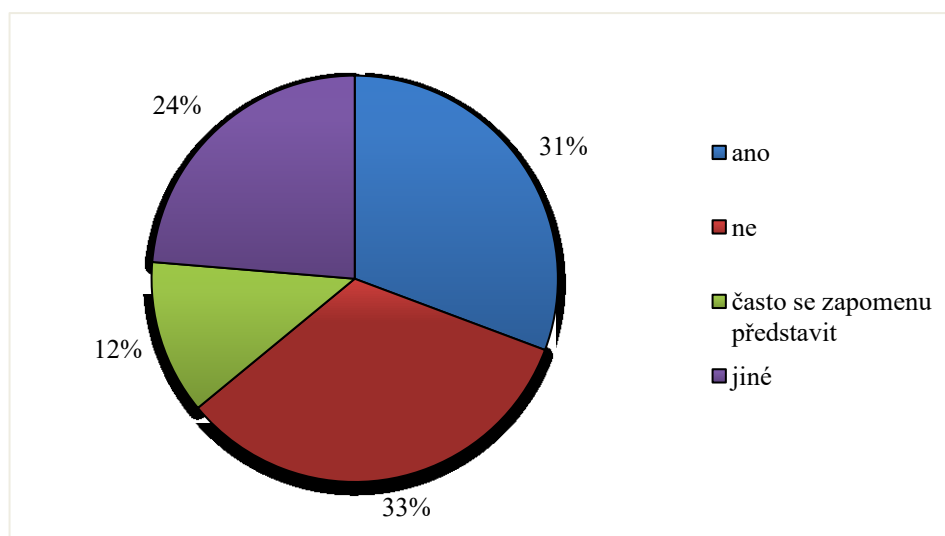
Tabulka 14 - Udržování očního kontaktu dle sester

Z celkového počtu 114 dotazovaných sester (100 %) udržuje 112 z nich (98 %) při komunikaci s nemocným oční kontakt. Pouze 2 sestry (2 %) odpověděly záporně.

14. Podáváte pacientovi při představení se ruku?

| | dotazovaných | procentuálně |
|------------------------------|--------------|--------------|
| ano | 35 | 31 % |
| ne | 38 | 33 % |
| často se zapomenu představit | 14 | 12 % |
| jiné | 27 | 24 % |

Tabulka 15 - Podání ruky pacientovi při představení se



Graf 8 - Podání ruky pacientovi při představení se

V otázce na podání ruky při představení se pacientovi byly dvě nejpočetnější skupiny respondentů rovnoměrně zastoupené - 35 dotazovaných (31 %) zvolilo odpověď „ano“ a 38 dotazovaných (33 %) odpovědělo „ne.“ 14 dotazovaných sester (12 %) uvedlo, že se často zapomene představit. Početná skupina respondentů (27 sester, čili 24 %) si vybrala odpověď „jiné.“ Zde se vyskytly 4 typy odpovědí: 1. „během pandemie COVID-19 ruku nepodávám, jinak ano“ (12 %), 2. „ruku podávám podle situace a času“ (5 %), 3. „ruku podávám jen občas“ (4 %) a 4. „nepředstavuji se“ (3 %).

15. Gestikulujete při rozhovoru s nemocným?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------|--------------|--------------|
| ano | 51 | 45 % |
| spíše ano | 50 | 44 % |
| spíše ne | 13 | 11 % |
| ne | 0 | 0 % |

Tabulka 16 - Použití gest sestrami

Ze 114 respondentů (100 %) používá gesta při rozhovoru s nemocným 101 dotazovaných sester (89 %) - 51 sester (45 %) označilo odpověď „ano“ a 50 sester (44 %) zvolilo „spíše ano.“ Nejmenší zastoupení má skupina 13 sester (11 %), které odpověděly „spíše ne.“

16. Haptika se zabývá:

| | dotazovaných | procentuálně |
|-------------|--------------|--------------|
| pohyby těla | 15 | 13 % |
| doteky | 94 | 83 % |
| tónem hlasu | 0 | 0 % |
| postojem | 5 | 4 % |

Tabulka 17 - Pojem haptika

Z odpovědí v tabulce vyplývá, že pojem haptika zná většina dotazovaných sester (83 %). Chybně odpovědělo 20 respondentů (17 %), z nichž 15 (13 %) uvedlo, že se haptika zabývá „pohyby těla“ a 5 sester (4 %) vybralo možnost, že se zabývá „postojem.“

17. Pokud chcete pacienta povzbudit: (možnost označit více odpovědí)

| | dotazovaných | procentuálně |
|--------------------------------|--------------|--------------|
| pohladíte jej po hlavě | 27 | 24 % |
| vezmete jej za ruku | 84 | 74 % |
| položíte mu ruku na rameno | 85 | 75 % |
| obejmete jej kolem ramen | 9 | 8 % |
| mluvíte s pacientem bez doteků | 16 | 14 % |
| jiné | 5 | 4 % |

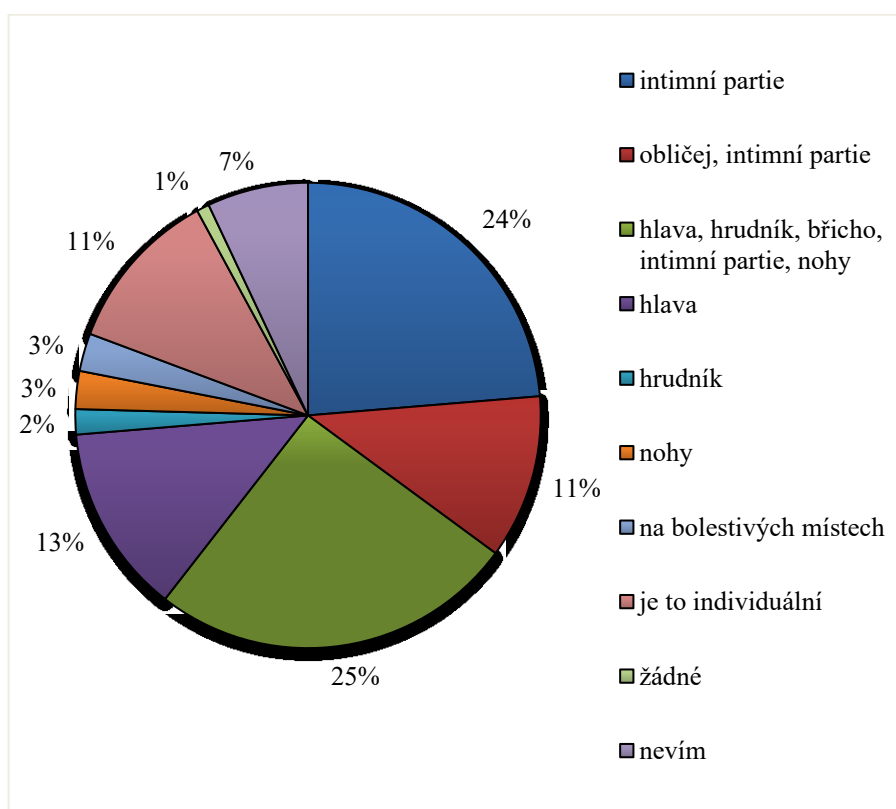
Tabulka 18 - Povzbuzení pacienta sestrou

Z celkového počtu 114 respondentů (100 %) tvoří nejvyšší podíl sestry, které se snaží povzbudit pacienta tím, že mu položí ruku na rameno (85 dotazovaných, tj. 75 %), anebo jej vezmou za ruku (84 respondentů, čili 74 %). 27 sester (24 %) využívá pro povzbuzení nemocného pohlazení po hlavě. 16 sester (14 %) při komunikaci s pacientem povzbudivé doteky vůbec nepoužívá. 9 dotazovaných (8 %) odpovědělo, že obejmou pacienta kolem ramen. Možnost „jiné“ si vybralo 5 sester (4 %), které uvedly, že se na nemocného usmějí nebo mu věnují více času.

18. Kde jsou doteky sester, podle Vašeho názoru, pacientům nepříjemné?

| | dotazovaných | procentuálně |
|--|--------------|--------------|
| intimní partie | 27 | 24 % |
| obličej, intimní partie | 13 | 11 % |
| hlava, hrudník, břicho, intimní partie, nohy | 29 | 25 % |
| hlava | 15 | 13 % |
| hrudník | 2 | 2 % |
| nohy | 3 | 3 % |
| na bolestivých místech | 3 | 3 % |
| je to individuální | 13 | 11 % |
| žádné | 1 | 1 % |
| nevím | 8 | 7 % |

Tabulka 19 - Místa nepříjemných doteků podle sester



Graf 9 - Místa nepříjemných doteků podle sester

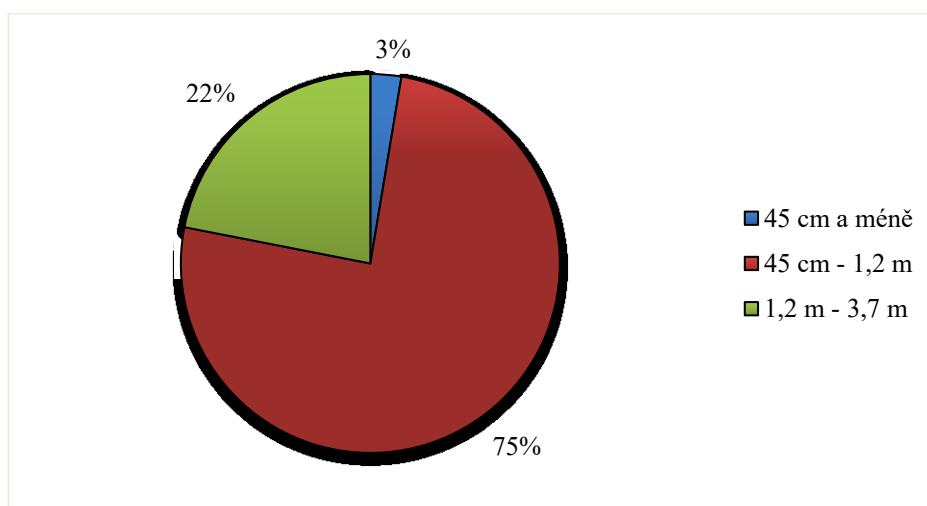
Z množství uvedených odpovědí vyplývá, že míst, kde mohou být doteky sester pacientovi nepříjemné, je opravdu hodně a že se jedná o velice individuální téma. Nejpočetnější skupina respondentů odpověděla výčtem „hlava, hrudník, břicho, intimní partie a nohy“, konkrétně 29 dotazovaných (25 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvoří 27 sester (24 %), které ve své odpovědi uvedly „intimní partie.“ 15 respondentů (13 %) si myslí, že jsou nemocným nejvíce nepříjemné doteky na hlavě. 13 sester (11 %) si myslí, že jsou nemocným nejvíce nepříjemné doteky na hlavě. 13 sester (11 %) si myslí, že jsou nemocným nejvíce nepříjemné doteky na hlavě.

odpovědělo „obličej, intimní partie“ a dalších 13 (11 %), že je to individuální. 8 sester (7 %) nedokázalo odpovědět. Zbývající sestry uvedly bolestivá místa (3 %), nohy (3 %), hrudník (2 %) a žádné (1 %).

19. Jakou vzdálenost by bylo nejvhodnější udržovat při rozhovoru s nemocným?

| | dotazovaných | procentuálně |
|---------------|--------------|--------------|
| 45 cm a méně | 3 | 3 % |
| 45 cm - 1,2 m | 86 | 75 % |
| 1,2 m - 3,7 m | 25 | 22 % |
| 3,7 m a více | 0 | 0 % |

Tabulka 20 - Vhodná vzdálenost dle sester



Graf 10 - Vhodná vzdálenost dle sester

Z celkového počtu 114 respondentů (100 %) uvedlo 86 sester (75 %), že je při rozhovoru s pacientem nejvhodnější udržovat vzdálenost 45 cm - 1,2 m. 25 dotazovaných (22 %) považuje za nejvhodnější vzdálenost 1,2 - 3,7 m. Nejmenší zastoupení měla kategorie „45 cm a méně“, kterou si vybrali 3 respondenti (3 %).

Proč právě tuto vzdálenost?

| | dotazovaných | procentuálně |
|--|--------------|--------------|
| pacient mě dobře slyší, vidí a zároveň nevstupuji do jeho intimní zóny | 26 | 23 % |
| jedná se o osobní zónu | 21 | 18 % |
| nenarušuji osobní prostor pacienta | 21 | 18 % |
| nejsem ani moc blízko, ani daleko | 18 | 16 % |
| vzájemně si nenarušujeme intimní zóny | 7 | 6 % |
| zachování intimity a důvěrnosti rozhovoru, přátelská atmosféra | 6 | 5 % |
| není příliš intimní ani osobní | 3 | 3 % |
| pacienta vidím celého - lépe o něm získám informace | 3 | 3 % |
| oční kontakt, haptika | 2 | 2 % |
| etiketa | 1 | 1 % |
| hygienické důvody | 1 | 1 % |
| nevím | 5 | 4 % |

Tabulka 21 - Důvod udržované vzdálenosti

Důvodů, proč si dotazované sestry zvolily právě danou vzdálenost, je široká škála. 47 % respondentů svou odpovědí prokázalo znalost proxemických zón. Největší množství odpovědí (26, čili 23 %) uvádělo, že pacient ve zvolené vzdálenosti dobře slyší, vidí a zároveň sestra nevstupuje do jeho intimní zóny. 21 dotazovaných (18 %) odpovědělo, že se jedná o osobní zónu, dalších 21 sester (18 %) uvedlo jako důvod fakt, že tak nenarušují osobní prostor pacienta. Podle 18 respondentů (16 %) je jimi zvolená vzdálenost nejvhodnější proto, že nejsou ani moc blízko, ani daleko. 7 sester (6 %) uvedlo, že si tak vzájemně nenarušují intimní zóny, 6 sester (5 %) napsalo jako důvod zachování intimity a důvěrnosti rozhovoru a přátelskou atmosféru. 4 % dotazovaných nedokázala odpovědět.

20. Kam se obvykle postavíte při komunikaci s ležícím pacientem?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------------------|--------------|--------------|
| k němu | 102 | 89 % |
| k nohám lůžka | 8 | 7 % |
| ke dveřím | 0 | 0 % |
| pohybují se po pokoji | 2 | 2 % |
| jiné | 2 | 2 % |

Tabulka 22 - Kam se sestry postaví při komunikaci s ležícím nemocným

Ze 114 respondentů (100 %) se obvykle 102 dotazovaných sester (89 %) postaví při komunikaci s ležícím pacientem přímo k němu. Odpověď „k nohám lůžka“ se objevila

u 8 sester (7 %), „pohybují se po pokoji“ označili 2 dotazovaní (2 %). V kategorii „jiné“ 2 sestry (2 %) uvedly, že to závisí na zdravotním stavu pacienta (vědomí aj.).

21. Jakou polohu nejčastěji zaujmete u ležícího pacienta?

| | dotazovaných | procentuálně |
|---------|--------------|--------------|
| vsedě | 31 | 27 % |
| vestoje | 74 | 65 % |
| jiné | 9 | 8 % |

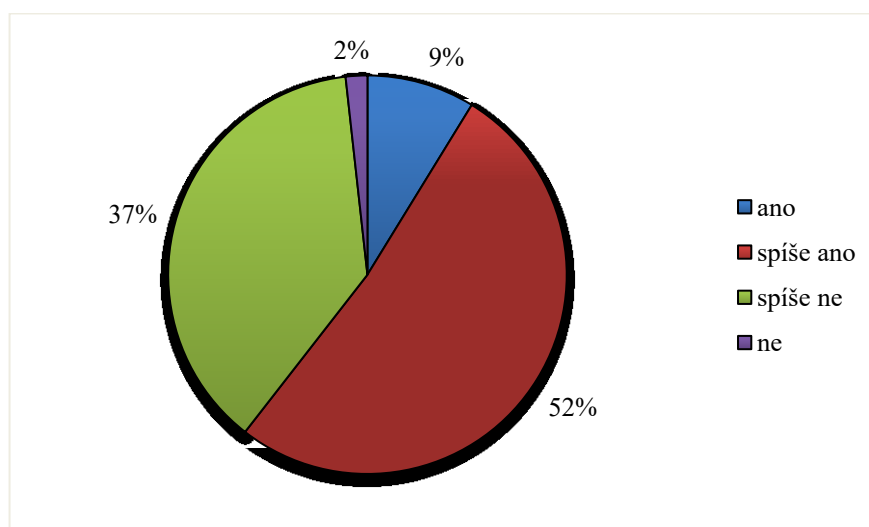
Tabulka 23 - Poloha sester vůči ležícímu pacientovi

Nejpočetnější skupinu respondentů tvořilo 74 sester (65 %), které uvedly, že nejčastěji u ležícího pacienta stojí. 31 dotazovaných (27 %) odpovědělo, že se obvykle posadí. Kategorii „jiné“ zvolilo 9 sester (8 %) s odůvodněním, že jejich poloha závisí na situaci (využívají obojí).

22. Máte dostatek času na neverbální komunikaci s nemocným?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------|--------------|--------------|
| ano | 10 | 9 % |
| spíše ano | 59 | 52 % |
| spíše ne | 43 | 37 % |
| ne | 2 | 2 % |

Tabulka 24 - Čas na neverbální komunikaci z pohledu sester



Graf 11 - Čas na neverbální komunikaci z pohledu sester

Ze 114 respondentů (100 %) si 69 sester myslí, že mají dostatek času na neverbální komunikaci s nemocným. 10 z nich (9 %) označilo odpověď „ano“ a 59 dotazovaných

(52 %) uvedlo „spíše ano.“ Naproti tomu 45 respondentů odpovědělo záporně - 43 sester (37 %) vybralo možnost „spíše ne“ a 2 sestry (2 %) odpověděly „ne.“

23. Stává se Vám, že se přistihnete během komunikace s pacientem, že sledujete hodinky?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----|--------------|--------------|
| ano | 53 | 46 % |
| ne | 61 | 54 % |

Tabulka 25 - Sledování hodinek dle sester

Téměř polovině respondentů (53 sestrám, tj. 46 %) se stává, že se během komunikace s nemocným přistihnou při sledování hodinek. Zbývajících 61 dotazovaných (54 %) označilo odpověď „ne“, tudíž si nejsou této situace vědomi.

24. Využil/a jste někdy v praxi bazální stimulaci?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----|--------------|--------------|
| ano | 53 | 46 % |
| ne | 61 | 54 % |

Tabulka 26 - Využití bazální stimulace v praxi

Z celkového počtu 114 respondentů (100 %) využilo 53 sester (46 %) ve své praxi bazální stimulaci. Naproti tomu početnější skupina 61 dotazovaných sester (54 %) uvedla, že v praxi nikdy bazální stimulaci neaplikovala. Otázkou zůstává, zda opravdu všech 54 % dotazovaných bazální stimulaci v minulosti nepoužilo, nebo pouze neví, co všechno zahrnuje.

Pokud ano, co konkrétně?

| | dotazovaných | procentuálně |
|---|--------------|--------------|
| polohování (hnízdo, mumie) | 5 | 9 % |
| masáže | 4 | 8 % |
| hudba, vůně, oblíbené chutě, polohování, fotky a osobní věci pacienta | 22 | 42 % |
| iniciální dotek, denní režim, oslovení, komentování každé činnosti | 14 | 26 % |
| BS somatická, vibrační, vestibulární, orální, vizuální, olfaktorická | 8 | 15 % |

Tabulka 27 - Konkrétní příklady bazální stimulace v praxi

Mezi konkrétními příklady bazální stimulace měla největší zastoupení kategorie „hudba, vůně, oblíbené chutě, polohování, fotky a osobní věci pacienta,“ která se objevila

ve 22 odpovědích (42 %) z celkových 53 (100 %). Druhou nejvíce zastoupenou kategorií tvořil výčet „iniciální dotek, denní režim, oslovení, komentování každé činnosti,“ který se vyskytl u 14 respondentů (26 %). 8 dotazovaných (15 %) odpovědělo konkrétními názvy prvků bazální stimulace. 5 sester (9 %) uvedlo ve své odpovědi „polohování (hnízdo, mumie)“ a 4 sestry (8 %) použily v minulosti masáže.

25. V které složce neverbální komunikace máte podle Vás největší nedostatky?
(možnost označit více odpovědí)

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------------------|--------------|--------------|
| výraz tváře | 24 | 21 % |
| oční kontakt | 12 | 11 % |
| použití gest | 15 | 13 % |
| doteky | 23 | 20 % |
| postoj při komunikaci | 47 | 41 % |
| vzájemná vzdálenost | 17 | 15 % |
| úprava zevnějšku | 7 | 6 % |
| komunikace činy | 23 | 20 % |

Tabulka 28 - Nedostatky v neverbální komunikaci z pohledu sester

Nejvyšší podíl respondentů (47 sester, čili 41 %) odpověděl, že má největší nedostatky v postoji při komunikaci. 24 dotazovaných (21 %) označilo odpověď „výraz tváře,“ 23 sester (20 %) vybralo kategorii „doteky“ a stejný počet sester (20 %) vidí své nedostatky v komunikaci činy. 17 respondentů (15 %) má nedostatky ve vzájemné vzdálenosti, 15 sester (13 %) uvedlo „použití gest“ a 12 dotazovaných (11 %) vybralo možnost „oční kontakt.“ Nejmenší zastoupení (7 sester, tj. 6 %) má kategorie „úprava zevnějšku,“ z čehož vyplývá, že sestry považují za nejmenší nedostatek právě svůj vzhled.

26. Pokud byste vyplňoval/a dotazník před současnou pandemickou situací, vyplnil/a byste jej jinak?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----|--------------|--------------|
| ano | 33 | 29 % |
| ne | 81 | 71 % |

Tabulka 29 - Vliv pandemie na vyplnění dotazníku sestrami

81 respondentů (71 %) by dotazník vyplnilo stejně i před pandemií onemocnění COVID-19. Současná situace ovlivnila odpovědi 33 dotazovaných (29 %).

27. Váš vlastní komentář

V této otevřené otázce dostaly dotazované sestry možnost k vyjádření svého vlastního názoru na cokoli k tématu. Této možnosti využilo 28 sester (25 %) z celkového počtu 114 respondentů (100 %). Nyní uvedu příklady několika z nich:

Jedna z respondentek uvedla: „*V souvislosti s pandemií COVID-19 udržuji větší odstup od pacientů (nad 1,2 m) a nepodávám jim ruku.*“ Druhá dotazovaná v souvislosti s pandemií píše: „*Bohužel používání ochranných pomůcek (hlavně respirátoru) neverbální komunikaci značně ztěžuje.*“ Další sestra uvádí: „*V dnešní době (COVID-19) nejsou gesta vidět. Kolikrát se mi stalo, že pacient nevěděl, co má z mého obličeje vyčíst. Je to nepříjemné.*“

Pokud se zaměříme na komentáře, které nesouvisí se současnou pandemickou situací, respondenti v nich vyzdvihují důležitost neverbální komunikace, roli empatie v komunikaci a při práci s nemocným a význam komunikace jako celku, který je nejdůležitější složkou ošetřování pacientů. Na závěr cituji jednu z dotazovaných sester: „*Neverbální komunikace je úzce spojena s verbální a je třeba si to uvědomit. To, co říkáme, můžeme negativně ovlivnit naším výrazem či postojem, proto je důležité, pokud něco říkáme, si vždy dávat pozor, jak to říkáme.*“

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ

Následující stránky této bakalářské práce přináší výsledky výzkumného šetření u dospělých pacientů hospitalizovaných na interních a chirurgických odděleních Fakultní nemocnice Hradec Králové. Celkem se zúčastnilo 60 respondentů (100 %). Součástí každé otázky je tabulka se všemi kategoriemi odpovědí vč. absolutních a procentuálních počtů dotazovaných. Pod každou tabulkou se nachází stručný popis získaných výsledků. Pro lepší orientaci a představu je pod některými otázkami vytvořen koláčový graf s procentuálními hodnotami.

1. Pohlaví

| | dotazovaných | procentuálně |
|------|--------------|--------------|
| Muž | 26 | 43 % |
| Žena | 34 | 57 % |

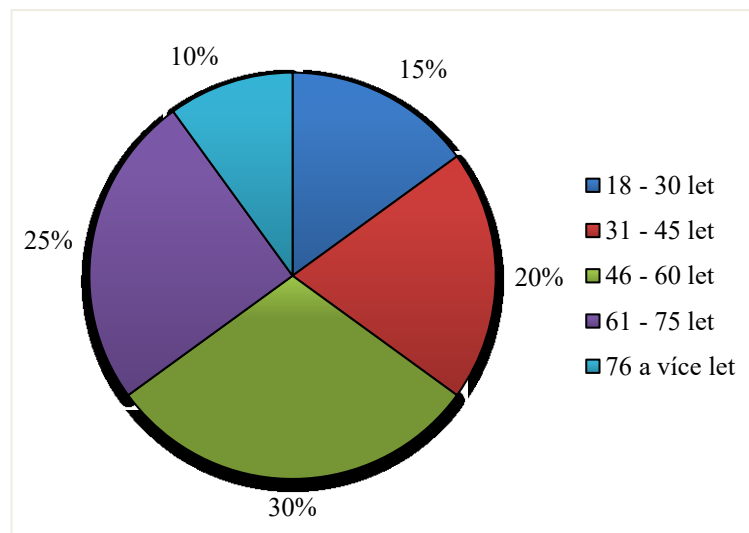
Tabulka 30 - Pohlaví pacientů

Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) bylo 34 dotazovaných pacientů (57 %) ženského pohlaví. Zbývajících 26 nemocných (43 %) tvořili muži. V rámci dotazníkového šetření tak máme poměrně rovnoměrné zastoupení obou pohlaví.

2. Věk

| | dotazovaných | procentuálně |
|---------------|--------------|--------------|
| 18 - 30 let | 9 | 15 % |
| 31 - 45 let | 12 | 20 % |
| 46 - 60 let | 18 | 30 % |
| 61 - 75 let | 15 | 25 % |
| 76 a více let | 6 | 10 % |

Tabulka 31 - Věk dotazovaných nemocných



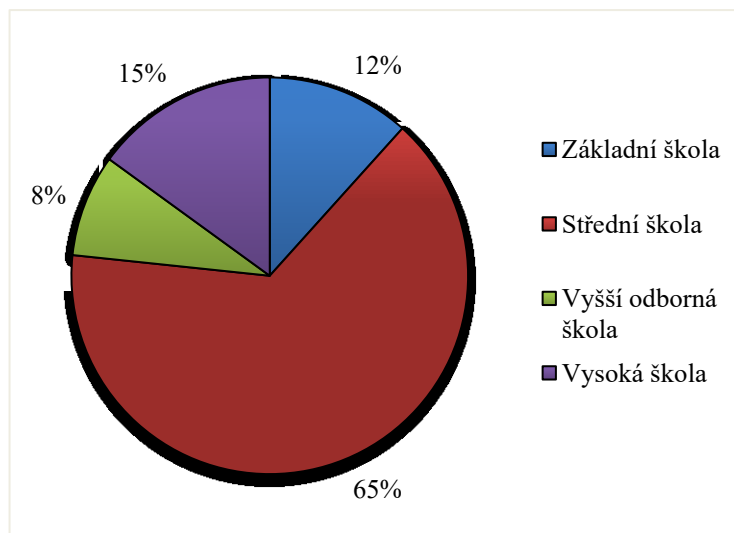
Graf 12 - Věk dotazovaných nemocných

V otázce věku měli největší zastoupení respondenti v kategorii 46 - 60 let, a to 18 dotazovaných (30 %). 15 respondentů (25 %) uvedlo věk 61 - 75 let a 12 dotazovaných (20 %) zvolilo odpověď 31 - 45 let. Nejmenší podíl tvořili nemocní ve věku 18 - 30 let, kterých bylo 9 (čili 15 %) a 76 a více let, kterých se zúčastnilo 6 (tj. 10 %).

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

| | dotazovaných | procentuálně |
|---------------------|--------------|--------------|
| Základní škola | 7 | 12 % |
| Střední škola | 39 | 65 % |
| Vyšší odborná škola | 5 | 8 % |
| Vysoká škola | 9 | 15 % |

Tabulka 32 - Nejvyšší dosažené vzdělání pacientů



Graf 13 - Nejvyšší dosažené vzdělání pacientů

Z 60 dotazovaných pacientů (100 %) bylo 39 z nich (65 %) absolventy střední školy. 9 nemocných (15 %) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokou školu. 7 respondentů (12 %) odpovědělo, že má základní školu a zbývajících 5 respondentů (8 %) označilo ve své odpovědi vyšší odbornou školu. Z odpovědí vyplývá, že pouhých 14 respondentů (23 %) vystudovalo vyšší odbornou nebo vysokou školu.

4. Na kterém oddělení jste hospitalizován/a v současné době?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-------------|--------------|--------------|
| interní | 35 | 58 % |
| chirurgické | 25 | 42 % |

Tabulka 33 - Současné oddělení hospitalizace

Z odpovědí v tabulce vyplývá, že v otázce na současné oddělení hospitalizace uvedlo 35 respondentů (58 %) interní oddělení a 25 dotazovaných (42 %) označilo oddělení chirurgické.

5. Na tomto oddělení jste hospitalizován/a:

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------|--------------|--------------|
| poprvé | 30 | 50 % |
| opakovaně | 30 | 50 % |

Tabulka 34 - Četnost hospitalizací pacientů na daném oddělení

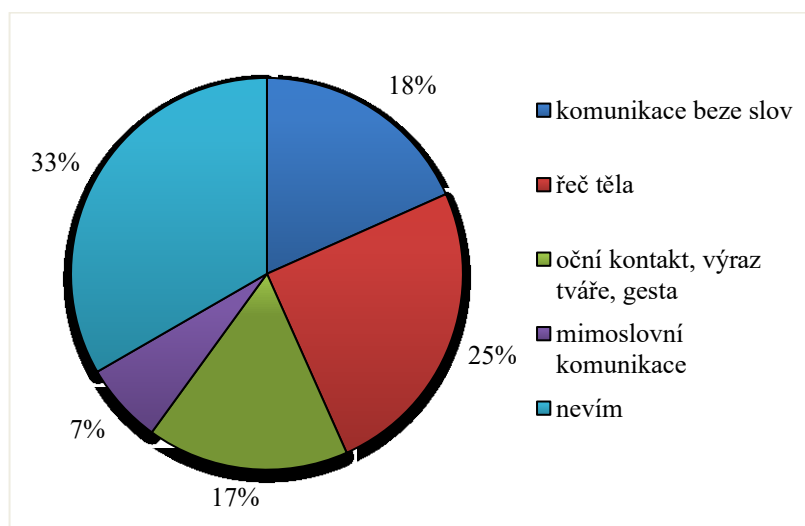
Ze získaných výsledků vyplývá, že četnost hospitalizací respondentů na interním nebo chirurgickém oddělení byla rovnoměrně rozložena - 50 % dotazovaných uvedlo,

že je na daném oddělení poprvé, druhá polovina (50 %) pacientů odpověděla, že je na oddělení hospitalizována opakovaně.

6. Co je podle Vás neverbální komunikace?

| | dotazovaných | procentuálně |
|----------------------------------|--------------|--------------|
| komunikace beze slov | 11 | 18 % |
| řeč těla | 15 | 25 % |
| oční kontakt, výraz tváře, gesta | 10 | 17 % |
| mimoslovní komunikace | 4 | 7 % |
| nevím | 20 | 33 % |

Tabulka 35 - Význam pojmu neverbální komunikace podle nemocných



Graf 14 - Význam pojmu neverbální komunikace podle nemocných

Pojem neverbální komunikace správně definovalo 67 % respondentů. 15 dotazovaných (25 %) ve své odpovědi uvedlo, že se jedná o řeč těla. 11 pacientů (18 %) odpovědělo, že je to komunikace beze slov, a 4 pacienti (7 %) ji označili za mimoslovní komunikaci. 10 respondentů (17 %) zodpovědělo otázku konkrétním výčtem složek neverbální komunikace - oční kontakt, výraz tváře, gesta. 20 dotazovaných (33 %) na otázku nedokázalo odpovědět.

7. Je pro Vás neverbální komunikace sester důležitá?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------|--------------|--------------|
| ano | 48 | 80 % |
| spíše ano | 12 | 20 % |
| nevím | 0 | 0 % |
| spíše ne | 0 | 0 % |
| ne | 0 | 0 % |

Tabulka 36 - Důležitost neverbální komunikace sester z pohledu pacientů

Z odpovědí v tabulce vyplývá, že je neverbální komunikace sester pro všechny dotazované pacienty důležitá - 48 respondentů (80 %) označilo odpověď „ano“ a 12 dotazovaných (20 %) uvedlo „spíše ano.“

8. Složky neverbální komunikace očísľujte podle toho, jak moc jsou pro Vás u sester důležité: (1 - nejdůležitější, 7 - nejméně podstatné)

| | průměr | pořadí |
|---|--------|--------|
| oční kontakt | 1,8 | 2 |
| výraz tváře | 1,7 | 1 |
| gesta | 4,3 | 3 |
| dotek | 4,4 | 4 |
| postoj při komunikaci | 5,5 | 6 |
| vzájemná vzdálenost | 5,6 | 7 |
| zevnějšek sestry (uniforma, vzhled, upravenost) | 4,8 | 5 |

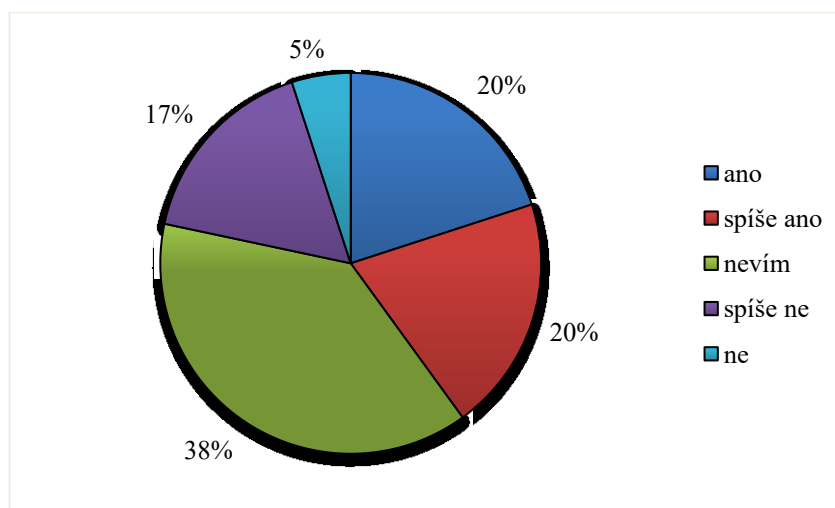
Tabulka 37 - Složky neverbální komunikace dle důležitosti pro nemocné

V této otázce přiřazovali respondenti čísla sedmi složkám neverbální komunikace sester podle toho, jak moc je považují za důležité. Na základě průměru bylo získáno pořadí. První místo získal s průměrem 1,7 výraz tváře jako nejdůležitější složka neverbální komunikace. Jako druhý nejdůležitější se umístil oční kontakt s průměrem 1,8. Třetí v pořadí byly s průměrem 4,3 gesta. Čtvrté místo obsadil s průměrem 4,4 dotek. Páté místo v pořadí a průměr 4,8 získal zevnějšek sestry. Na šestém, dle důležitosti předposledním, místě byl postoj při komunikaci s průměrem 5,5. Na sedmém místě se jako nejméně podstatná složka umístila vzájemná vzdálenost s průměrem 5,6.

9. Myslíte si, že je rozdíl v neverbální komunikaci sester na interních a chirurgických pracovištích?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------|--------------|--------------|
| ano | 12 | 20 % |
| spíše ano | 12 | 20 % |
| nevím | 23 | 38 % |
| spíše ne | 10 | 17 % |
| ne | 3 | 5 % |

Tabulka 38 - Rozdíl v NK sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu pacientů



Graf 15 - Rozdíl v NK sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu pacientů

24 respondentů (40 %) si myslí, že je rozdíl v neverbální komunikaci sester na interních a chirurgických pracovištích. 12 z nich (20 %) zvolilo odpověď „ano“ a druhá polovina (20 %) odpověděla „spíše ano.“ Naproti tomu je 13 dotazovaných (22 %) opačného názoru - 10 nemocných (17 %) uvedlo „spíše ne“ a 3 nemocní (5 %) označili „ne.“ 38 % respondentů (23 pacientů) vybralo možnost „nevím.“

10. Dokáží sestry rozpoznat, jak se cítíte (z výrazu obličeje, pohledů, gest)?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------|--------------|--------------|
| ano | 35 | 58 % |
| spíše ano | 24 | 40 % |
| nevím | 1 | 2 % |
| spíše ne | 0 | 0 % |
| ne | 0 | 0 % |

Tabulka 39 - Rozpoznání pocitů sestrami

Podle 98 % dotazovaných pacientů dokáží sestry rozpoznat jejich pocity z výrazu obličeje, pohledů či gest. 35 respondentů (58 %) uvedlo odpověď „ano“ a 24 dotazovaných (40 %) zvolilo možnost „spíše ano.“ Pouze 1 nemocný (2 %) nevěděl, jak má odpovědět.

11. Udržují s Vámi sestry dostatečně oční kontakt při komunikaci?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----|--------------|--------------|
| ano | 57 | 95 % |
| ne | 3 | 5 % |

Tabulka 40 - Udržování očního kontaktu dle nemocných

Podle 57 respondentů (95 %) sestry udržují oční kontakt v průběhu komunikace dostatečně. Pouze 3 nemocní (5 %) odpověděli záporně.

12. Usmívají se na Vás sestry často?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-------|--------------|--------------|
| ano | 54 | 90 % |
| ne | 0 | 0 % |
| nevím | 6 | 10 % |

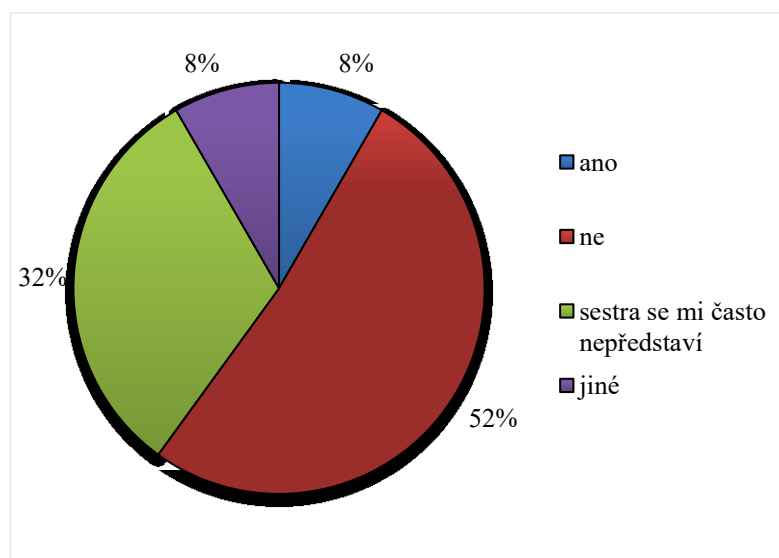
Tabulka 41 - Úsměv sester z pohledu pacientů

V 54 odpovědích (90 %) se objevila možnost „ano“, což znamená, že se sestry na pacienty usmívají často. 6 respondentů (10 %) nedokázalo na otázku konkrétně odpovědět.

13. Setkáváte se s tím, že by Vám sestra při představení se podala ruku?

| | dotazovaných | procentuálně |
|--------------------------------|--------------|--------------|
| ano | 5 | 8 % |
| ne | 31 | 52 % |
| sestra se mi často nepředstaví | 19 | 32 % |
| jiné | 5 | 8 % |

Tabulka 42 - Podání ruky sestrou při představení se



Graf 16 - Podání ruky sestrou při představení se

Největší zastoupení na otázku, zda se nemocní setkávají s tím, že by jim sestra při představení se podala ruku, měla kategorie „ne“ (31 dotazovaných, 52 %). 19 respondentů (32 %) uvedlo, že jim sestra často nepředstaví. 5 nemocných (8 %) zvolilo odpověď „ano“ a dalších 8 % si vybralo možnost „jiné,“ kde uvedli, že kvůli pandemii COVID-19 jim sestra ruku nepodává.

14. Používají sestry při rozhovoru s Vámi gesta?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----|--------------|--------------|
| ano | 39 | 65 % |
| ne | 21 | 35 % |

Tabulka 43 - Použití gest sestrami dle nemocných

Z odpovědí v tabulce vyplývá, že podle 39 dotazovaných (65 %) používají sestry při rozhovoru s nemocným gesta. Zbývajících 21 respondentů (35 %) vybralo možnost, že nepoužívají. Otázkou je, zda všech 35 % respondentů, kteří odpověděli záporně, ví, co si představit pod pojmem gesta.

15. Dotýkají se Vás sestry při komunikaci i mimo ošetrovatelské činnosti?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------|--------------|--------------|
| ano | 6 | 10 % |
| spíše ano | 11 | 18 % |
| spíše ne | 23 | 38 % |
| ne | 20 | 33 % |

Tabulka 44 - Dotečky sester při komunikaci mimo ošetrovatelské činnosti

Dvě nejpočetnější skupiny respondentů zastupujících 71 % nemocných odpověděly „spíše ne“ (23 dotazovaných, čili 38 %) a „ne“ (20 pacientů, tj. 33 %). Naopak dotečky sester při komunikaci mimo ošetrovatelské činnosti, mezi které patří např. povzbudivý dotek, zaregistrovalo během své hospitalizace 28 % dotazovaných - 6 z nich (10 %) označilo odpověď „ano“ a 11 pacientů (18 %) zvolilo „spíše ano.“

Pokud ano/spíše ano, jak tyto dotečky vnímáte?

| | dotazovaných | procentuálně |
|----------------------|--------------|--------------|
| je Vám to příjemné | 14 | 82 % |
| je Vám to nepříjemné | 0 | 0 % |
| jiné | 3 | 18 % |

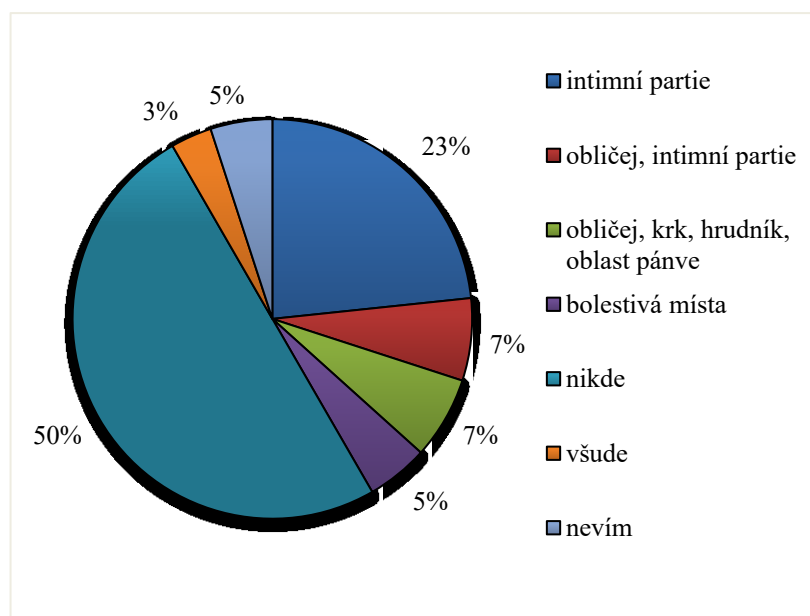
Tabulka 45 - Pocity pacientů z doteků sester při komunikaci

Z celkového počtu 17 respondentů (100 %), kteří odpovídali na otázku, považuje 14 dotazovaných (82 %) dotečky sester za příjemné. 3 nemocní (18 %) vybrali možnost „jiné“, kde uvedli, že jsou tyto dotečky povzbudivé a uklidňující.

16. Kde jsou Vám dotečky sester nepříjemné?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-------------------------------------|--------------|--------------|
| intimní partie | 14 | 23 % |
| obličej, intimní partie | 4 | 7 % |
| obličej, krk, hrudník, oblast pánve | 4 | 7 % |
| bolestivá místa | 3 | 5 % |
| nikde | 30 | 50 % |
| všude | 2 | 3 % |
| nevím | 3 | 5 % |

Tabulka 46 - Místa nepříjemných doteků podle nemocných



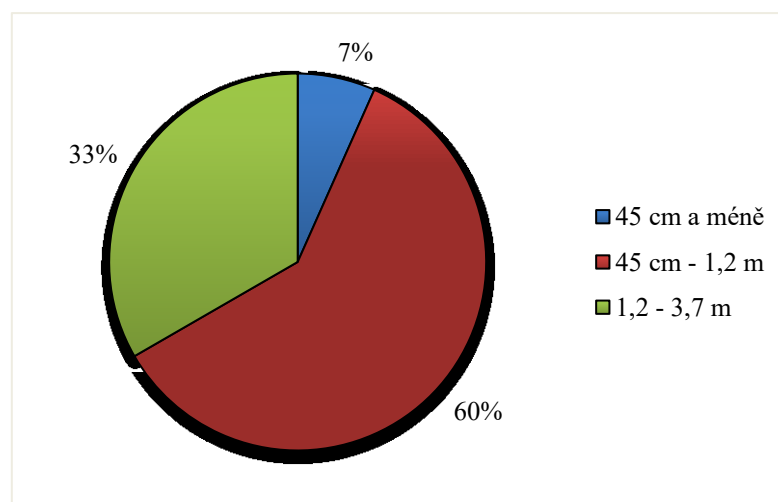
Graf 17 - Místa nepříjemných doteků podle nemocných

Z množství získaných odpovědí vyplývá, že míst, kde jsou doteky sester pacientovi nepříjemné, je opravdu hodně a že se jedná o velice individuální téma. Nejpočetnější skupina respondentů zvolila odpověď „nikde,“ konkrétně 30 dotazovaných (50 %). Druhou nejpočetnější skupinou bylo 14 respondentů (23 %), kteří ve své odpovědi uvedli „intimní partie.“ 4 nemocným (7 %) jsou nejvíce nepříjemné doteky na obličeji a intimních partiích. Další 4 nemocní (7 %) odpověděli výčtem „obličej, krk, hrudník, oblast pánve.“ 3 dotazovaní (5 %) zmínili „bolestivá místa.“ 3 respondenti (5 %) nedokázali odpovědět. 2 dotazovaným (3 %) jsou doteky sester nepříjemné všude.

17. V jaké vzdálenosti je od Vás sestra při rozhovoru nejčastěji?

| | dotazovaných | procentuálně |
|---------------|--------------|--------------|
| 45 cm a méně | 4 | 7 % |
| 45 cm - 1,2 m | 36 | 60 % |
| 1,2 - 3,7 m | 20 | 33 % |
| 3,7 m a více | 0 | 0 % |

Tabulka 47 - Vzdálenost sester při rozhovoru



Graf 18 - Vzdálenost sester při rozhovoru

Nejvyšší podíl respondentů (36, čili 60 %) uvedl, že je sestra při rozhovoru nejčastěji ve vzdálenosti „45 cm - 1,2 m.“ 20 dotazovaných (33 %) vybralo možnost „1,2 - 3,7 m.“ Podle 4 nemocných (7 %) se sestra při rozhovoru nejčastěji nachází ve vzdálenosti „45 cm a méně.“

Považujete tuto vzdálenost za vhodnou?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----|--------------|--------------|
| ano | 58 | 97 % |
| ne | 2 | 3 % |

Tabulka 48 - Vhodnost vzdálenosti sester podle nemocných

97 % dotazovaných (58 nemocných) považuje sestrou zvolenou vzdálenost při rozhovoru za vhodnou. 2 pacienti (3 %) označili odpověď „ne.“

18. Kam se sestry obvykle postaví, když s Vámi komunikují?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------------------|--------------|--------------|
| k Vám | 30 | 50 % |
| k nohám lůžka | 29 | 48 % |
| ke dveřím | 0 | 0 % |
| pohybují se po pokoji | 1 | 2 % |
| jiné | 0 | 0 % |

Tabulka 49 - Kam se sestry při komunikaci postaví dle pacientů

Nejpočetnější skupina respondentů (50 %) uvedla, že se sestry obvykle postaví přímo k nim, když s nimi komunikují. 29 dotazovaných (48 %) zvolilo odpověď „k nohám lůžka.“ Pouze 1 nemocný (2 %) odpověděl, že se obvykle pohybují po pokoji.

19. Pokud ležíte v lůžku, jakou polohu při komunikaci sestra nejčastěji zaujme?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------|--------------|--------------|
| posadí se | 3 | 5 % |
| stojí | 57 | 95 % |
| jiné | 0 | 0 % |

Tabulka 50 - Poloha sester vůči ležícímu pacientovi z pohledu nemocných

Podle 95 % dotazovaných pacientů sestra při komunikaci stojí, přestože oni leží v lůžku. Jen 3 respondenti (5 %) odpověděli, že se sestra posadí.

Jaké pocity to ve Vás vyvolává?

| | dotazovaných | procentuálně |
|--|--------------|--------------|
| příjemné, uklidňující | 18 | 30 % |
| nevadí mi to | 19 | 32 % |
| nepříjemné (nejistota, nervozita, nedostatek času ze strany sestry, je připravena k odchodu) | 7 | 12 % |
| pocit podrážek | 3 | 5 % |
| žádné | 11 | 18 % |
| nevím | 2 | 3 % |

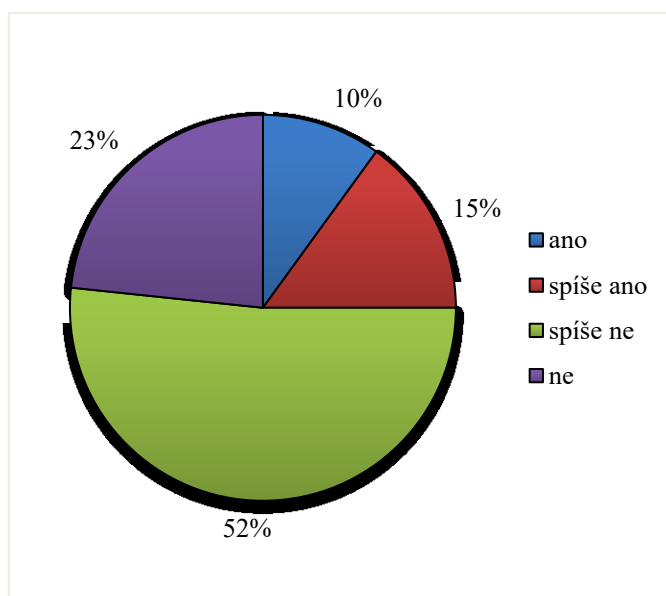
Tabulka 51 - Pocity pacientů z polohy sester při komunikaci

19 respondentům (32 %) poloha sestry při komunikaci nevadí. Pro 18 dotazovaných (30 %) je to příjemné a uklidňující. U 7 nemocných (12 %) poloha sestry vyvolává nepříjemné pocity, jakými jsou nejistota, nervozita, dále pocit, že na ně sestra nemá dostatek času, nebo že je připravena k odchodu. 3 respondenti (5 %) dokonce uvedli pocit podrážek. 18 % dotazovaných odpovědělo „žádné“ a 3 % nedokázaly na otázku odpovědět.

20. Myslíte si, že mají sestry dostatek času s Vámi neverbálně komunikovat?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------|--------------|--------------|
| ano | 6 | 10 % |
| spíše ano | 9 | 15 % |
| spíše ne | 31 | 52 % |
| ne | 14 | 23 % |

Tabulka 52 - Čas na neverbální komunikaci z pohledu nemocných



Graf 19 - Čas na neverbální komunikaci z pohledu nemocných

Z 60 respondentů (100 %) si 45 nemocných (75 %) myslí, že sestry nemají dostatek času s nimi neverbálně komunikovat. 31 z nich (52 %) označilo odpověď „spíše ne“ a 14 dotazovaných (23 %) uvedlo „ne.“ Naproti tomu 15 respondentů odpovědělo kladně - 6 pacientů (10 %) vybralo možnost „ano“ a 9 pacientů (15 %) odpovědělo „spíše ano.“

21. Všiml/a jste si, že by sestra během komunikace s Vámi sledovala hodinky?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----|--------------|--------------|
| ano | 9 | 15 % |
| ne | 51 | 85 % |

Tabulka 53 - Sledování hodinek dle pacientů

85 % respondentů (51 nemocných) si nikdy nevšimlo, že by sestra během komunikace s nimi sledovala hodinky. Zbývajících 9 dotazovaných (15 %) označilo odpověď „ano,“ tudíž se s touto situací setkali.

Pokud ano, jaké pocity to ve Vás vyvolalo? (možnost více odpovědí)

| | dotazovaných | procentuálně |
|--------------------------|--------------|--------------|
| nejistota | 4 | 44 % |
| rozčilení | 1 | 11 % |
| nedůvěra | 3 | 33 % |
| nezájem ze strany sestry | 6 | 67 % |
| jiné | 0 | 0 % |

Tabulka 54 - Pocity pacientů ze sledování hodinek sestrou

Z 9 respondentů (100 %), kteří odpovídali na tuto otázku, 6 z nich (67 %) uvedlo, že mělo pocit nezájmu ze strany sestry. Pociť nejistoty se objevil ve 4 odpovědích (44 %), nedůvěru označili 3 dotazovaní (33 %). Rozčilení pociťoval 1 nemocný (11 %).

22. Jste spokojen/a se současnou úpravou zevnějšku sester (uniforma, účes, líčení aj.)?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----|--------------|--------------|
| ano | 54 | 90 % |
| ne | 6 | 10 % |

Tabulka 55 - Spokojenost nemocných se zevnějškem sester

Většina respondentů (54 nemocných, čili 90 %) je spokojena se současnou úpravou zevnějšku sester. 6 dotazovaných (10 %) není spokojeno a přiklání se ke změnám.

Pokud ne, co byste změnil/a?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------------------------------|--------------|--------------|
| více barev uniform | 1 | 17 % |
| větší odlišení od lékařů | 4 | 67 % |
| materiál - oblečení je neprodyšné | 1 | 17 % |

Tabulka 56 - Navrhované změny zevnějšku sester

Z 6 respondentů (100 %) by 4 nemocní preferovali větší odlišení sester od lékařů. 1 dotazovaný by upřednostnil více barev uniform a další, který pracoval ve zdravotnictví, doporučoval změnu materiálu kvůli špatné prodyšnosti.

23. Kterou složku neverbální komunikace by podle Vás sestry měly zlepšit? (možnost označit více odpovědí)

| | dotazovaných | procentuálně |
|-------------------------|--------------|--------------|
| výraz tváře | 17 | 28 % |
| oční kontakt | 26 | 43 % |
| použití gest | 6 | 10 % |
| dotečky | 4 | 7 % |
| postoj při komunikaci | 21 | 35 % |
| vzájemná vzdálenost | 2 | 3 % |
| úprava zevnějšku sestry | 3 | 5 % |
| kommunikace činy | 12 | 20 % |

Tabulka 57 - Nedostatky v neverbální komunikaci sester z pohledu pacientů

Nejpočetnější skupina 26 respondentů (43 %) označila jako největší nedostatek sester oční kontakt. 21 dotazovaných (35 %) uvedlo, že by sestry měly zlepšit postoj při komunikaci. 17 nemocných (28 %) vybralo možnost „výraz tváře.“ 12 pacientů (20 %) doporučilo zlepšit komunikaci činy. „Použití gest“ se objevilo v 6 odpovědích (10 %). Složku „dotečky“ by zlepšili 4 dotazovaní (7 %), kategorii „úprava zevnějšku sestry“ vybrali 3 nemocní (5 %) a „vzájemná vzdálenost“ byla v odpovědi 2 pacientů (3 %).

24. Urazila Vás v minulosti sestra svou neverbální komunikací?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----|--------------|--------------|
| ano | 5 | 8 % |
| ne | 55 | 92 % |

Tabulka 58 - Urážka nemocných neverbální komunikací

Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) se 55 pacientů (92 %) v minulosti nesetkalo s tím, že by je sestra urazila svou neverbální komunikací. Naproti tomu se 5 dotazovaných (8 %) s touto situací setkala.

Pokud ano, jakým způsobem?

| | dotazovaných | procentuálně |
|---|--------------|--------------|
| svou neochotou | 3 | 60 % |
| nevhodnými řečmi na můj účet hned za dveřmi | 2 | 40 % |

Tabulka 59 - Způsob urážky nemocných

Z 5 dotazovaných nemocných (100 %), kteří na tuto otázku odpovídali, uvedli 3 z nich, že je sestra urazila svou neochotou. 2 pacienti se urazili poté, co přes dveře slyšeli nevhodné řeči na svůj účet od sestry, která právě opustila jejich pokoj.

25. Na Vaši důvěru v sestru má vliv: (možnost označit více odpovědí)

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----------------------|--------------|--------------|
| verbální komunikace | 53 | 88 % |
| neverbální komunikace | 32 | 53 % |
| upravenost sestry | 17 | 28 % |
| celkový první dojem | 30 | 50 % |
| jiné | 3 | 5 % |

Tabulka 60 - Ovlivnění důvěry pacientů v sestry

Z 60 dotazovaných nemocných (100 %) uvedlo 53 pacientů (88 %), že na jejich důvěru v sestru má vliv její verbální komunikace. Pro 32 respondentů (53 %) je rovněž důležitá neverbální komunikace sestry. Na celkový první dojem dá 30 pacientů (50 %). Upravenost sestry je podstatná pro 17 dotazovaných (28%). Kategorii „jiné“ zvolili 3 respondenti (5 %), kteří odpověděli, že na jejich důvěru v sestru má vliv mj. i: „zapálení a zájem o práci ze strany sestry, její empatie a projevení zájmu o pacienta.“

26. Pokud byste vyplňoval/a dotazník před současnou pandemickou situací, vyplnil/a byste jej jinak?

| | dotazovaných | procentuálně |
|-----|--------------|--------------|
| ano | 15 | 25 % |
| ne | 45 | 75 % |

Tabulka 61 - Vliv pandemie na vyplnění dotazníku pacienty

45 respondentů (75 %) by dotazník vyplnilo stejně i před pandemií onemocnění COVID-19. Současná situace ovlivnila odpovědi 15 dotazovaných (25 %).

27. Váš vlastní komentář

V této otázce dostali dotazovaní pacienti z interních a chirurgických oddělení možnost k vyjádření svého vlastního názoru na cokoli k tématu. Této možnosti využilo 21 nemocných (35 %) z celkového počtu 60 respondentů (100 %). Většina z nich vyjadřovala svou spokojenost a vděčnost za péči, která je jim poskytována na daném oddělení, a vyzdvihovala chování, profesionalitu a ochotu sester. V souvislosti s pandemií onemocnění COVID-19 popisovali 3 respondenti omezenost komunikace kvůli respirátoru, přes který je výrazně hůř slyšet, a tak často neví, co jim sestra říká. 2 z nich rovněž ocenili, že vidí úsměv alespoň v očích.

8 DISKUSE

Výzkumné šetření k této bakalářské práci probíhalo na interních a chirurgických odděleních ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Hlavním zkoumaným souborem byly, vzhledem k tématu práce, všeobecné sestry z výše zmíněných pracovišť. Kvůli probíhající pandemii onemocnění COVID-19 bylo velice obtížné získat dostatečný počet respondentů, proto jsem využila síly sociálních sítí a skupiny určené NLZP, kde jsem nasbírala zbývající dotazníky od sester z interních a chirurgických oddělení. Díky tomu jsem se dostala na 114 respondentů (100 %) - 73 sester (64 %) z interních a 41 (36 %) z chirurgických oddělení.

Kontrolní skupinu respondentů tvořili pacienti nad 18 let hospitalizovaní na interních a chirurgických odděleních FNHK. Nemocní byli vybráni podle pohlaví, věku, místa probíhající hospitalizace a jejich zdravotního stavu - zda byli schopni sami nebo s dopomocí vyplnit dotazník či nikoliv. Návratnost byla od 60 pacientů 100%. 35 zvolených respondentů (58 %) bylo hospitalizováno na interně a 25 (42 %) na chirurgii. Výsledky výzkumu jsou obsaženy v kapitolách 6 Výzkumné šetření u sester a 7 Výzkumné šetření u dospělých pacientů. Pro zajímavost bylo u několika výsledků vytvořeno srovnání odpovědí sester v závislosti na oddělení, kde v současné době pracují, a letech odpracovaných ve zdravotnictví (viz tabulky a sloupcové grafy níže).

Ve výzkumu jsem se zaměřila na využití neverbální komunikace při poskytování ošetrovatelské péče na interních a chirurgických odděleních z pohledu sester a dospělých pacientů. Dále pak na zmapování, zda existují rozdíly v nonverbální komunikaci sester na výše zmíněných odděleních. Zajímala mě dosavadní úroveň znalostí všeobecných sester o problematice neverbální komunikace. Také jsem zjišťovala, co se v rámci řeči těla v praxi nejvíce využívá a jak to pacienti vnímají. Před zahájením výzkumného šetření jsem předpokládala, že mají všeobecné sestry základní znalosti v oblasti neverbální komunikace a využívají je v praxi. Výzkum mezi sestrami a kontrolní skupinou pacientů mé domněnky potvrdil.

Po zhodnocení otázek na začátku dotazníku vztahujících se k pohlaví, věku, délce praxe a nejvyššímu dosaženému vzdělání jsem zjistila, že na odděleních, kde dotazníkové šetření probíhalo, pracují na pozici všeobecných sester především ženy (97 %). Zúčastnily se sestry všech věkových kategorií v poměrně rovnoměrném zastoupení. Nejvíce sester

bylo ve věku 21 - 25 let (28 %). Nadpoloviční většinu dotazovaných tvořily sestry ve věku do 35 let (55 %). Rozložení sester na odděleních podle délky praxe je vyrovnané. Považuji to za výhodu - zkušenější sestry tak mohou předávat své praktické znalosti a zkušenosti začínajícím absolventkám. Strukturu rozložení potvrzuje fakt, že dvě nejpočetnější skupiny respondentů pracují ve zdravotnictví 0 - 5 let (34 %) a 20 a více let (30 %). Celkem 54 % dotazovaných má praxi 11 a více let. Přínosem může být absolventkám i délka působení sester na jednom oddělení - 43 % dotazovaných pracuje na současném interním nebo chirurgickém oddělení 7 a více let.

V otázce dosaženého vzdělání přesně 50 % respondentů uvedlo, že má vysokoškolský titul Bc. nebo Mgr., 16 % vystudovalo VOŠ a 25 % dotazovaných absolvovalo specializační vzdělání. Z výsledků vyplývá, že pouze 25 % sester má „jen“ středoškolské vzdělání a že zájem o další vzdělávání roste (75 % respondentů). Tento fakt můžeme dokázat i porovnáním s odlišnými výsledky v bakalářské práci studentky Polákové (2008), která uvádí, že 63 % všeobecných sester (ze 75 dotazovaných) má pouze střední zdravotnickou školu a že se tak trend vysokoškolského studia zatím neprojevil.

Kontrolní skupinu dospělých pacientů zastupuje 34 žen a 26 mužů, jsou tak poměrně rovnoměrně zastoupena obě pohlaví. V otázce věku měli největší, a to 30%, zastoupení respondenti v kategorii 46 - 60 let. Z hlediska vzdělání je 65 % dotazovaných pacientů absolventy střední školy. 23 % nemocných vystudovalo vysokou nebo vyšší odbornou školu a 12 % má pouze základní školu. Jedna polovina respondentů je na daném oddělení hospitalizována poprvé a druhá opakovaně.

První otázkou zaměřující se na neverbální komunikaci jsem se snažila zjistit, zda všeobecné sestry a pacienti vůbec vědí, co si pod pojmem neverbální komunikace představit. Z výsledků vyplývá, že 99 % sester tuto vědomost má - 54 % ji obecně definovalo jako „komunikaci beze slov“, „mimoslovní komunikaci“ nebo „řeč těla.“ Konkrétní příklady uvedlo 45 % dotazovaných. Naproti tomu pojem správně definovalo 67 % dotazovaných pacientů a 33 % neznalo odpověď. Pro pokračování v dotazníku bylo nezbytné pojem pacientům vysvětlit. Ukázalo se, že všichni nonverbální komunikaci dobře znají, jen ji neumějí odborně pojmenovat.

Dále jsem se všeobecných sester ptala, co všechno zahrnuje neverbální komunikace. „Výraz obličeje“ označilo 100 % respondentů. Odpověď „gesta“ uvedlo 98 % dotazovaných. „Dotek“ se objevil v odpovědi 96 % respondentů. „Vzájemnou vzdálenost“ považuje za součást neverbální komunikace 84 % sester, „úpravu zevnějšku“ 63 %

dotazovaných. „Tón hlasu“ se vyskytl ve 39 % odpovědích. „Rozhovor“ jako složku neverbální komunikace chybně označily 4 % respondentů.

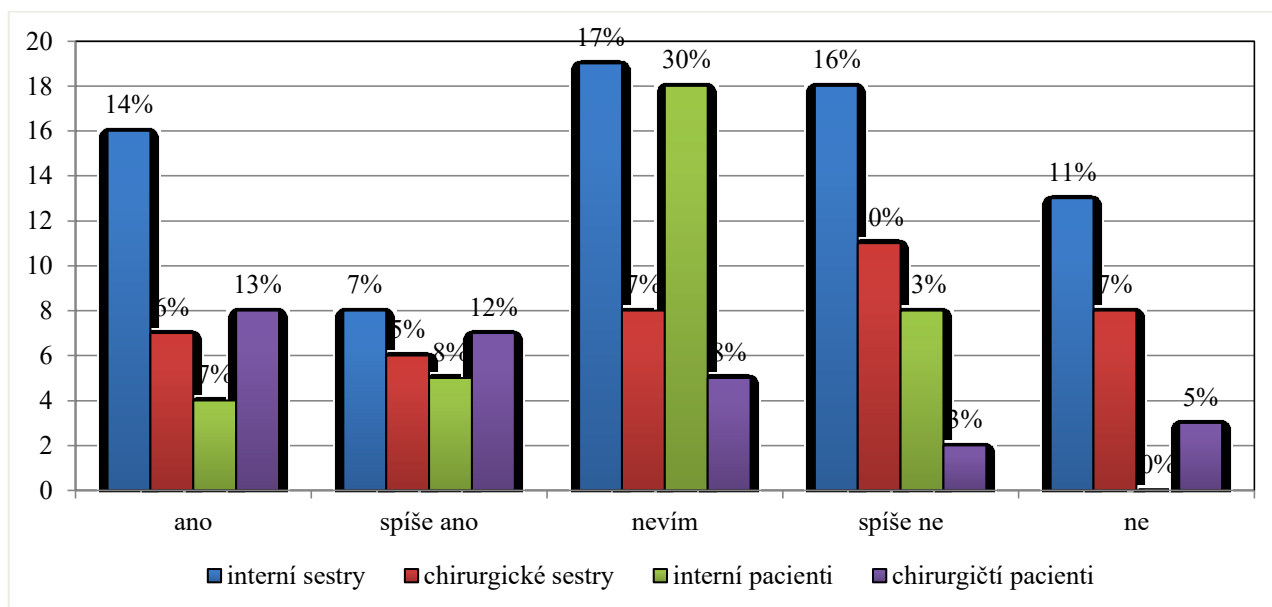
99 % sester považuje svou neverbální komunikaci za důležitou pro pacienta - 89 % z nich označilo odpověď „ano“ a 10 % uvedlo „spíše ano.“ Ve srovnání s tím 100 % pacientů uvádí, že je pro ně neverbální komunikace sester důležitá - 80 % respondentů odpovědělo „ano“ a 20 % dotazovaných označilo odpověď „spíše ano.“ Získala jsme tedy ve výsledcích téměř 100% shodu. Následně měli pacienti očíslovat složky nonverbální komunikace podle toho, jak moc je považují u sester za důležité. Na základě průměru bylo získáno pořadí: 1. (nejdůležitější) výraz tváře (průměr 1,7); 2. oční kontakt (1,8); 3. gesta (4,3); 4. dotek (4,4); 5. zevnějšek sestry (4,8); 6. postoj při komunikaci (5,5) a 7. (nejméně podstatné) vzájemná vzdálenost (5,6).

32 % dotazovaných sester si myslí, že je rozdíl v neverbální komunikaci sester na interních a chirurgických pracovištích. Naopak 43 % sester je protichůdného názoru. 24 % respondentů označilo odpověď „nevím.“ Z kontrolní skupiny pacientů si 40 % myslí, že je rozdíl v řeči těla sester a 22 %, že není. 38 % respondentů vybralo možnost „nevím.“ Pokud získaná data sumarizujeme, tak zjistíme, že výsledky jsou opravdu těsné - 36 % všech respondentů si nemyslí, že je rozdíl v neverbální komunikaci sester na interních a chirurgických odděleních, 35 % dotazovaných má za to, že rozdíl existuje a 29 % sester a pacientů uvedlo odpověď „nevím.“

Vzhledem k tomu, že zmapování rozdílů v neverbální komunikaci sester na interních a chirurgických odděleních, je jedním z cílů této bakalářské práce, vytvořila jsem porovnání odpovědí sester - v závislosti na oddělení, kde v současné době pracují, a pacientů podle místa jejich hospitalizace (viz tabulka a sloupcový graf níže). Z výsledků vyplývá, že si 21 % interních sester a 11 % chirurgických sester myslí, že je rozdíl v jejich neverbální komunikaci. Stejného názoru je i 15 % interních a 25 % chirurgických pacientů. Naproti tomu 27 % interních a 17 % chirurgických sester s přítomností rozdílů v jejich řeči těla nesouhlasí. Shodný názor má 13 % interních a 8 % chirurgických nemocných. Překvapilo mě, jak moc jsou výsledky vyrovnané a že vnímání pacientů (konkrétně 40 %) domněnku 32 % sester o přítomnosti rozdílu potvrzuje.

| | interní sestry | % | chirurgické sestry | % | interní pacienti | % | chirurgičtí pacienti | % |
|-----------|----------------|-----|--------------------|-----|------------------|-----|----------------------|-----|
| ano | 16 | 14% | 7 | 6% | 4 | 7% | 8 | 13% |
| spíše ano | 8 | 7% | 6 | 5% | 5 | 8% | 7 | 12% |
| nevím | 19 | 17% | 8 | 7% | 18 | 30% | 5 | 8% |
| spíše ne | 18 | 16% | 11 | 10% | 8 | 13% | 2 | 3% |
| ne | 13 | 11% | 8 | 7% | 0 | 0% | 3 | 5% |

Tabulka 62 - Rozdíl v NK sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu sester a pacientů

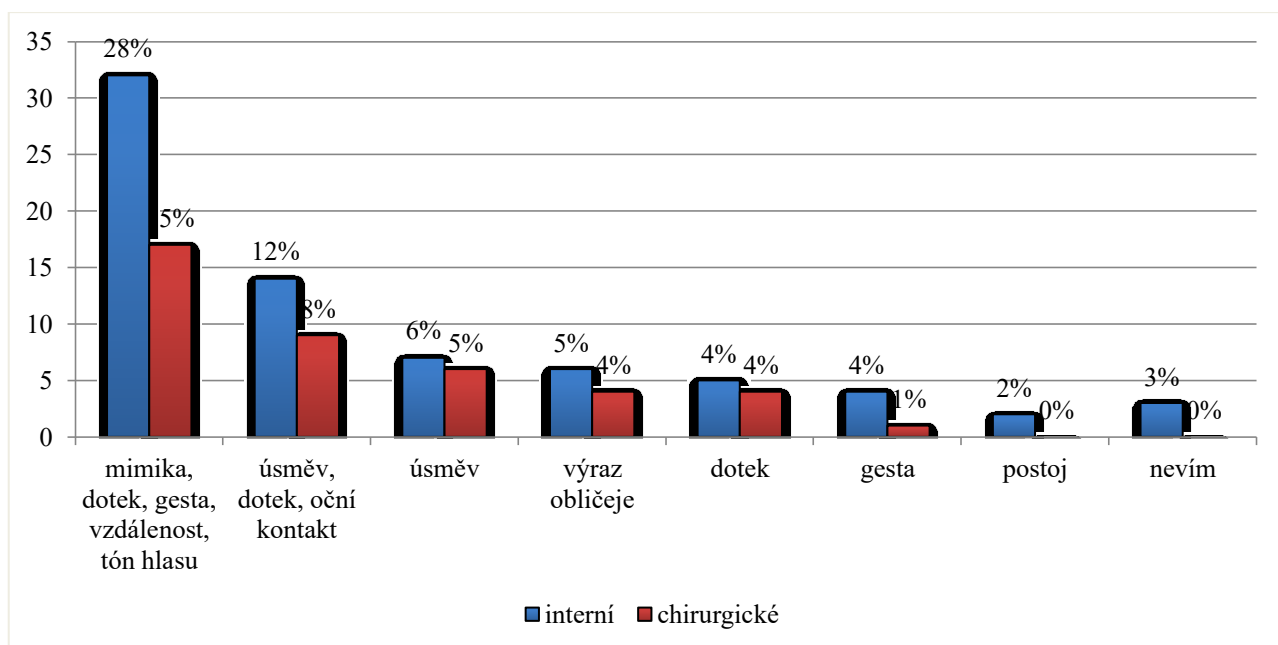


Graf 20 - Rozdíl v NK sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu sester a pacientů

Na otevřenou otázku, co v rámci praxe všeobecné sestry nejčastěji využívají, se nejvíce objevoval výčet: „*mimika, dotek, gesta, vzdálenost, tón hlasu,*“ a to u 43 % respondentů. Druhou nejpočetnější skupinu představovalo 20 % sester, které odpovídaly výčtem: „*úsmev, dotek a oční kontakt.*“ Pro zajímavost jsem vytvořila srovnání odpovědí sester z interních a chirurgických oddělení (viz tabulka a sloupkový graf níže). Výsledky ukazují širokou variabilitu odpovědí v obou případech a potvrzují, že dvě pro pacienty nejdůležitější složky komunikace, kterými jsou výraz tváře (vč. úsměvu) a oční kontakt, využívá většina sester (83 %) opravdu nejčastěji.

| | interní | % | chirurgické | % |
|---|---------|-----|-------------|-----|
| mimika, dotek, gesta, vzdálenost, tón hlasu | 32 | 28% | 17 | 15% |
| úsmev, dotek, oční kontakt | 14 | 12% | 9 | 8% |
| úsmev | 7 | 6% | 6 | 5% |
| výraz obličeje | 6 | 5% | 4 | 4% |
| dotek | 5 | 4% | 4 | 4% |
| gesta | 4 | 4% | 1 | 1% |
| postoj | 2 | 2% | 0 | 0% |
| nevím | 3 | 3% | 0 | 0% |

Tabulka 63 - Sestrami nejčastěji využívaná NK podle současného oddělení



Graf 21 - Sestrami nejčastěji využívaná NK podle současného oddělení

Dále jsem se sester ptala, ze které mimické zóny obličeje pacienta nejlépe vyčtou strach a smutek. 64 % dotazovaných sester zvolilo z teoretického hlediska správnou odpověď - nejlépe vyčtou strach a smutek z oblasti očí. Praktické zkušenosti tak potvrdily teorii. Vzhledem k tomu, že je vyjádření emocí značně individuální, jsem se zeptala nemocných, zda sestry dokáží rozpoznat jejich pocity z výrazu obličeje, pohledů či gest. V 98 % jsem získala kladnou odpověď. Doplnující otázka se zabývala četností úsměvu u sester. Podle 90 % respondentů se sestry usmívají často, což hodnotím jako potěšující výsledek.

98 % dotazovaných sester je přesvědčeno, že udržuje při komunikaci s nemocným oční kontakt. Kontrolní skupina 95 % nemocných jejich názor potvrzuje a z výsledků tak vyplývá, že sestry udržují oční kontakt z pohledu pacientů dostatečně. V otázce na podání ruky při představení se pacientovi byly dvě nejpočetnější skupiny respondentů

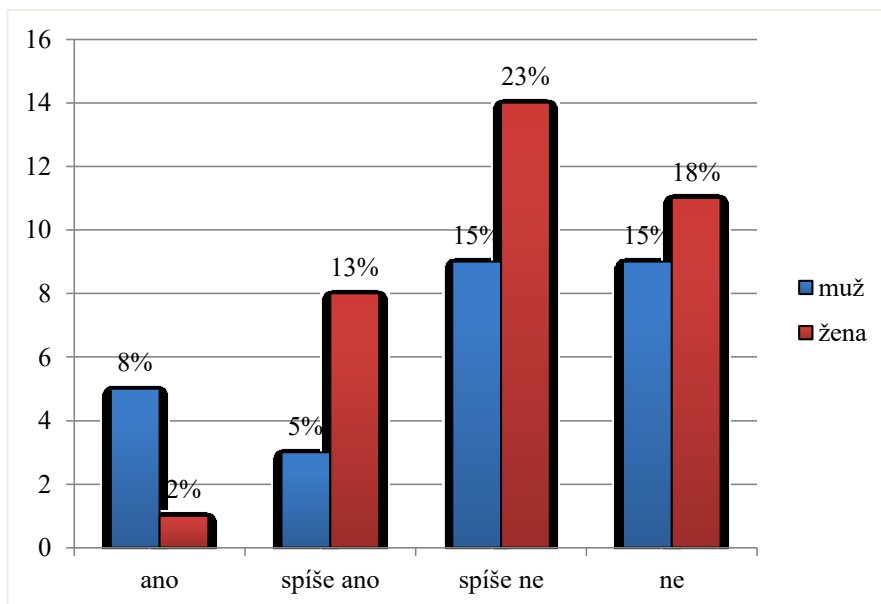
rovnoměrně zastoupené - 31 % dotazovaných zvolilo odpověď „ano“ a 33 % dotazovaných odpovědělo „ne.“ Překvapující pro mě bylo zjištění, že se 12 % dotazovaných sester často zapomene představit. 24 % respondentů si vybralo odpověď „jiné.“ Zde se vyskytly 4 typy odpovědí: 1. „*během pandemie COVID-19 ruku nepodávám, jinak ano*“ (12 %), 2. „*ruku podávám podle situace a času*“ (5 %), 3. „*ruku podávám jen občas*“ (4 %) a 4. „*nepředstavuji se*“ (3 %). Ve srovnání s tím 52 % pacientů odpovědělo, že jim sestry ruku nepodávají, a 32 % uvedlo, že se jim sestra často nepředstaví. Tento výsledek vnímám jako znepokojivý a doufám, že se všeobecné sestry v tomto ohledu do budoucna polepší.

V otázce, zda sestry gestikulují při rozhovoru s nemocným, odpovědělo 89 % dotazovaných sester kladně. 65 % pacientů jejich domněnku potvrzuje. Zbývajících 35 % nemocných vybralo možnost, že sestry při komunikaci gesta nepoužívají. Otázkou zůstává, zda všichni z uvedených 35 % respondentů ví, co si pod pojmem gesta představit. Přeci jen mají ve srovnání se sestrami výrazně nižší vzdělání a převažující část (30 %) je ve věku 46 - 60 let.

Na otázku, čím se zabývá haptika, dokázalo správně odpovědět 83 % dotazovaných sester. Dále jsem se zajímala, jakými způsoby se sestry snaží pacienta nejčastěji povzbudit. 75 % dotazovaných mu položí ruku na rameno nebo jej vezme za ruku. 24 % sester jej pohladí po hlavě, 8 % obejmě kolem ramen a 14 % sester povzbudivé doteky při komunikaci s pacientem vůbec nepoužívá. Z pohledu 71 % nemocných se jejich sestry mimo ošetrovatelské činnosti nedotýkají. Povzbudivé doteky zaregistrovalo během své hospitalizace 29 % dotazovaných pacientů - 82 % z nich je vnímalo jako příjemné a 18 % v možnosti „jiné“ uvedlo, že jsou tyto doteky povzbudivé a uklidňující. Zajímalo mě, jestli má pohlaví nemocných vliv na to, zda jim sestra věnuje povzbudivý dotek či nikoliv. 13 % mužů a 15 % žen (tj. z celkového počtu dotazovaných pacientů) se setkalo s povzbudivými doteky, naopak 30 % mužů a 41 % žen odpovědělo záporně (viz tabulka a sloupcový graf níže). Po sumarizaci dat docházíme k zjištění, že z 34 dotazovaných žen (100 %) se setkalo s povzbudivým dotekem 26 % z nich a z 26 dotazovaných mužů (100 %) 31 %. Přestože se s povzbudivými doteky setkalo více dotazovaných mužů oproti ženám, výsledky jsou poměrně vyrovnané, tudíž si nemyslím, zda by jednání sester ovlivňovalo zrovna pohlaví.

| | muž | % | žena | % |
|-----------|-----|-----|------|-----|
| ano | 5 | 8% | 1 | 2% |
| spíše ano | 3 | 5% | 8 | 13% |
| spíše ne | 9 | 15% | 14 | 23% |
| ne | 9 | 15% | 11 | 18% |

Tabulka 64 - Dotečky sester při komunikaci podle pohlaví pacientů



Graf 22 - Dotečky sester při komunikaci podle pohlaví pacientů

V následující otázce jsem se zabývala místy, na kterých můžou být dotečky sester pacientovi nepříjemné. Z množství získaných odpovědí jak od všeobecných sester, tak dospělých pacientů vyplývá, že těchto míst je opravdu hodně a že se jedná o velice individuální téma. 25 % dotazovaných sester odpovědělo výčtem: „*hlava, hrudník, břicho, intimní partie a nohy*.“ 24 % sester uvedlo ve své odpovědi „*intimní partie*.“ 13 % dotazovaných si myslí, že jsou nemocným nejvíce nepříjemné dotečky na hlavě. 11 % sester odpovědělo „*obličej, intimní partie*“ a dalších 11 %, že je to individuální. Naopak 50 % dotazovaných pacientů překvapivě uvedlo odpověď „*nikde*.“ Ostatní odpovědi se shodovaly s tím, co uvedly sestry.

75 % dotazovaných sester si myslí, že je při rozhovoru s pacientem nejvhodnější udržovat vzdálenost 45 cm - 1,2 m. 22 % respondentů považuje za nejvhodnější vzdálenost 1,2 - 3,7 m. Důvodů, proč si dotazované sestry zvolily právě danou vzdálenost, je široká škála, proto si uvedeme příklady jen nejčastějších z nich. 47 % sester svou odpověď prokázalo znalostí proxemických zón. 23 % odpovědí uvádělo, že pacient ve zvolené vzdálenosti dobře slyší, vidí a zároveň sestra nevstupuje do jeho intimní zóny. 18 % dotazovaných odpovědělo, že se jedná o osobní zónu, dalších 18 % sester uvedlo jako

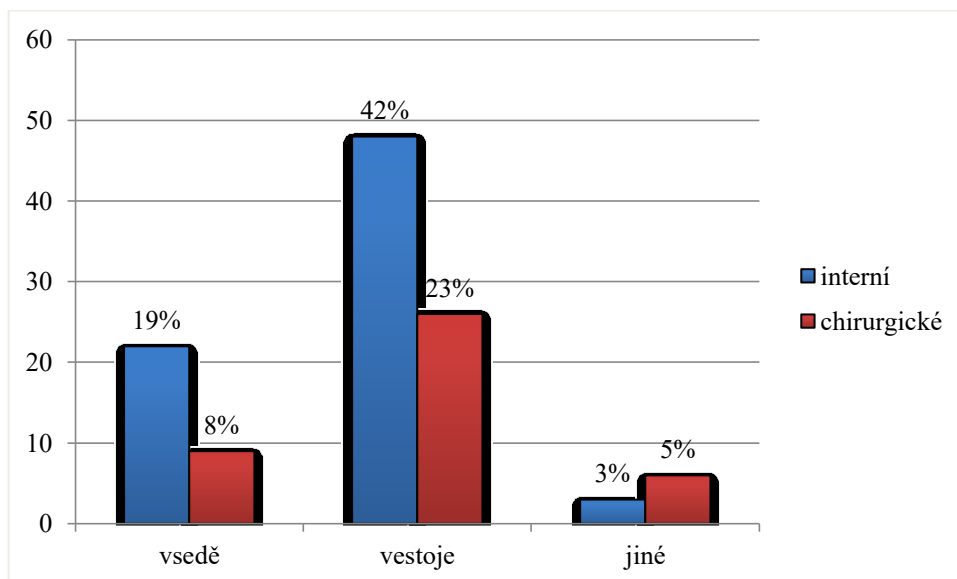
důvod fakt, že tak nenarušují osobní prostor pacienta. Podle 16 % respondentů je jimi zvolená vzdálenost nejvhodnější proto, že nejsou ani moc blízko, ani daleko. 60 % dotazovaných pacientů uvedlo, že se sestry nejčastěji nachází ve vzdálenosti „45 cm - 1,2 m.“ Praxe tak potvrdila teorii nejvhodnější vzdálenosti. 33 % nemocných vybralo možnost „1,2 - 3,7 m.“ Všechny 97 % dotazovaných pacientů považuje sestrou zvolenou vzdálenost při rozhovoru za vhodnou.

89 % dotazovaných sester se obvykle postaví při komunikaci s ležícím pacientem přímo k němu. Odpověď „k nohám lůžka“ se objevila u 7 % sester, „pohybují se po pokoji“ označily 2 % dotazovaných. V kategorii „jiné“ uvedly 2 % sester, že to závisí na zdravotním stavu pacienta (vědomí aj.). 50 % dotazovaných pacientů potvrdilo, že se sestry obvykle postaví přímo k nim. 48 % dotazovaných však uvedlo odpověď „k nohám lůžka,“ což se neshoduje s množstvím odpovědí v této kategorii u sester. V tomto případě bych se přiklonila k četnosti v odpovědi pacientů. Dotazované sestry mohly zvolit svou odpověď podle toho, jak si myslí, že je to správné, a ne na základě svých zkušeností v praxi.

Na otázku, jakou polohu nejčastěji zaujmete u ležícího pacienta, odpovědělo 65 % dotazovaných sester, že nejčastěji stojí. Stejnou možnost zvolilo 95 % dotazovaných pacientů. Domnívám se, že k této situaci dochází vlivem velkého množství pacientů na malý počet sester, které tak nemají dostatek času se u každého z nich posadit. 27 % sester uvedlo, že se obvykle posadí, což ovšem potvrdilo pouze 5 % nemocných. 8 % sester zvolilo kategorii „jiné“ s odůvodněním, že jejich poloha závisí na situaci (využívají obojí). 32 % respondentům poloha sestry při komunikaci nevadí. Pro 30 % dotazovaných je to příjemné a uklidňující. U 12 % nemocných vyvolává poloha sestry nepříjemné pocity, jakými jsou nejistota, nervozita, dále pocit, že na ně sestra nemá dostatek času, nebo že je připravena k odchodu. 5 % respondentů dokonce uvedlo pocit podrážedenosti. Při výzkumu jsem se zaměřila na vliv oddělení, na kterém sestry v současné době pracují, na jejich polohu u ležícího pacienta (viz tabulka a sloupcový graf níže). 66 % interních (z celkového počtu 73) a 63 % chirurgických sester (z celkového počtu 41) komunikují s ležícím pacientem vestoje. Naproti tomu 30 % interních a 22 % chirurgických sester se posadí. Výsledky vycházejí rovnoměrně, tudíž neprokazují vliv oddělení na polohu sestry při komunikaci s ležícím pacientem.

| | interní | % | chirurgické | % |
|---------|---------|-----|-------------|-----|
| vsedě | 22 | 19% | 9 | 8% |
| vestoje | 48 | 42% | 26 | 23% |
| jiné | 3 | 3% | 6 | 5% |

Tabulka 65 - Poloha sester při komunikaci s ležícím pacientem podle současného oddělení

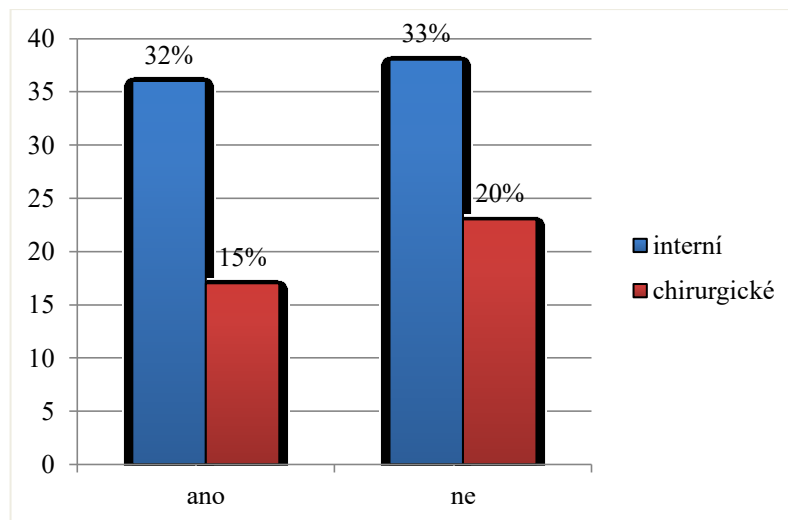


Graf 23 - Poloha sester při komunikaci s ležícím pacientem podle současného oddělení

61 % dotazovaných sester si myslí, že mají dostatek času na neverbální komunikaci s nemocným. Zbývajících 39 % sester s nimi nesouhlasí. Jejich odpověď podpořilo 75 % nemocných, kteří si nemyslí, že by sestry měly dostatek času s nimi neverbálně komunikovat. V souvislosti s množstvím času, který mají sestry na pacienty, jsem dále zjišťovala, zda se jim stává, že by se přistihly během komunikace s pacientem při sledování hodin. 46 % dotazovaných sester tuto situaci potvrdilo. Naproti tomu 85 % dotazovaných pacientů si situace, že by sestra při rozhovoru s nimi sledovala hodinky, nikdy nevšimlo. 15 % dotazovaných se s touto situací setkala a uvedlo, že mělo pocit nejistoty, nedůvěry a nezájmu ze strany sestry. V rámci výzkumu mne zajímalo, zda existuje souvislost mezi sledováním hodin a oddělením, na kterém sestra pracuje (viz tabulka a sloupcový graf níže). Na základě zjištěných výsledků, kdy se 49 % sester na interních odděleních (z celkového počtu 74, čili 100 %) stává, že se přistihnou při sledování hodin, v porovnání s 43 % sester na chirurgických odděleních, se domnívám, že druh oddělení kvůli rozdílné náplni práce a vyčílenosti sester může mít vliv na četnost sledování hodin sestrami.

| | interní | % | chirurgické | % |
|-----|---------|-----|-------------|-----|
| ano | 36 | 32% | 17 | 15% |
| ne | 38 | 33% | 23 | 20% |

Tabulka 66 - Sledování hodinек sestrami podle současného oddělení

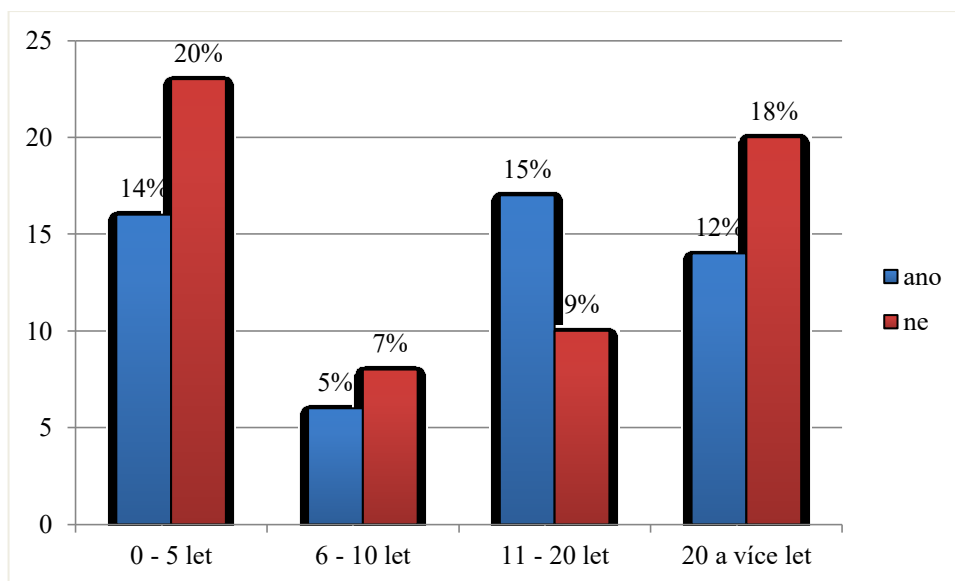


Graf 24 - Sledování hodinек sestrami podle současného oddělení

V následující otázce jsem zjišťovala, zda dotazované sestry někdy využily ve své praxi bazální stimulaci. 46 % sester odpovědělo kladně. Naproti tomu 54 % dotazovaných uvedlo, že v praxi nikdy bazální stimulaci neaplikovali. Otázkou zůstává, zda opravdu všech 54 % dotazovaných bazální stimulaci v minulosti nepoužilo, nebo pouze neví, co všechno zahrnuje. Mezi konkrétními příklady se ve 42 % odpovědích objevil výčet: „*hudba, vůně, oblíbené chutě, polohování, fotky a osobní věci pacienta.*“ Druhý nejčastější výčet (ve 26 %) tvořily: „*iniciální dotek, denní režim, oslovení, komentování každé činnosti.*“ 15 % dotazovaných odpovědělo konkrétními názvy prvků bazální stimulace. Zjišťovala jsem, zda existuje spojitost mezi využitím bazální stimulace v praxi a délkou působení sestry ve zdravotnictví (viz tabulka a sloupcový graf níže). 53 dotazovaných sester (100 %) uvedlo odpověď „ano.“ Z výsledků tak vyplývá, že 58 % sester má praxi 11 a více let. Naproti tomu 30 % sester, které používají bazální stimulaci, je ve zdravotnictví teprve 0 - 5 let. Ukázalo se tak, že mezi délkou praxe sestry a využitím bazální stimulace existuje spojitost.

| | 0 - 5 let | % | 6 - 10 let | % | 11 - 20 let | % | 20 a více let | % |
|-----|-----------|-----|------------|----|-------------|-----|---------------|-----|
| ano | 16 | 14% | 6 | 5% | 17 | 15% | 14 | 12% |
| ne | 23 | 20% | 8 | 7% | 10 | 9% | 20 | 18% |

Tabulka 67 - Využití bazální stimulace v praxi podle odpracovaných let ve zdravotnictví



Graf 25 - Využití bazální stimulace v praxi podle odpracovaných let ve zdravotnictví

Další zkoumanou oblastí byla spokojenost pacientů se současnou úpravou zevnějšku sester (uniformou, účesem, líčením aj.). 90 % dotazovaných nemocných vyjádřilo svou spokojenost. 10 % pacientů by se přiklánělo ke změnám, jakými jsou např. větší odlišení sester od lékařů, více barev uniforem a změna materiálu kvůli špatné prodyšnosti.

41 % dotazovaných sester si myslí, že má největší nedostatky v postoji při komunikaci, ale podle 43 % pacientů je jejich největší nedostatek v očním kontaktu. Ten však vidí jako svůj problém pouze 11 % sester. 35 % dotazovaných pacientů uvedlo, že by sestry měly zlepšit postoj při komunikaci, což se shoduje s tím, co si myslí sestry. 21 % sester označilo, že by mělo zlepšit „výraz tváře,“ stejného názoru je i 28 % nemocných. 20 % sester vybralo kategorii „doteky“ a stejný počet sester (20 %) vidí své nedostatky v komunikaci činy. Naproti tomu by složku „doteky“ zlepšilo 7 % pacientů a 20 % nemocných doporučilo zlepšit komunikaci činy. 15 % sester má nedostatky ve vzájemné vzdálenosti, v té vidí problém jen 3 % nemocných. 13 % sester uvedlo „použití gest,“ stejná odpověď se objevila u 10 % pacientů. Nejmenší zastoupení, a to 6 % sester, měla kategorie „úprava zevnějšku,“ z čehož vyplývá, že sestry považují za nejmenší nedostatek právě svůj vzhled. Pacienti jsou stejného názoru (5 %).

V předposlední otázce v oblasti neverbální komunikace jsem se zabývala tím, zda se pacienti v minulosti setkali se situací, že by je sestra urazila svou neverbální komunikací. 92 % dotazovaných se s touto situací dříve nesetkalo. 8 % nemocných bohužel ano. Z 5 dotazovaných (100 %), kteří na tuto otázku odpovídali, uvedli 3 z nich, že je sestra urazila svou neochotou. 2 pacienti se urazili poté, co přes dveře slyšeli nevhodné řeči na svůj účet od sestry, která právě opustila jejich pokoj.

V poslední otázce na nonverbální jsem zjišťovala, co ovlivňuje důvěru pacientů v sestru. 88 % dotazovaných nemocných uvedlo, že jejich důvěru v sestru ovlivňuje její verbální komunikace. Pro 53 % respondentů je rovněž důležitá neverbální komunikace sestry. Na celkový první dojem dá 50 % pacientů. Upravenost sestry je podstatná pro 28 % dotazovaných. Kategorii „jiné“ zvolilo 5 % respondentů, kteří odpověděli, že na jejich důvěru v sestru má vliv mj. i: *„zapálení a zájem o práci ze strany sestry, její empatie a projevení zájmu o pacienta.“*

Vzhledem k probíhající pandemii onemocnění COVID-19 jsem se pro zajímavost respondentů zeptala, zda je současná situace ovlivnila při vyplňování dotazníku. 71 % dotazovaných sester a 75 % dotazovaných pacientů by dotazník vyplnilo stejně i před pandemickou situací. V závěrečné otevřené otázce dostali respondenti příležitost k vyjádření svého vlastního názoru na cokoli k tématu. Této možnosti využilo 25 % sester z celkového počtu 114 respondentů (100 %). Nyní si uvedeme příklady několika z nich:

Jedna z respondentek uvedla: *„V souvislosti s pandemií COVID-19 udržuji větší odstup od pacientů (nad 1,2 m) a nepodávám jim ruku.“* Druhá dotazovaná v souvislosti s pandemií píše: *„Bohužel používání ochranných pomůcek (hlavně respirátoru) neverbální komunikaci značně ztěžuje.“* Další sestra uvádí: *„V dnešní době (COVID-19) nejsou gesta vidět. Kolikrát se mi stalo, že pacient nevěděl, co má z mého obličeje vyčíst. Je to nepříjemné.“*

Pokud se zaměříme na komentáře, které nesouvisí se současnou pandemickou situací, dotazované sestry v nich vyzdvihují důležitost neverbální komunikace, roli empatie v komunikaci a při práci s nemocným a význam komunikace jako celku, který je nejdůležitější složkou ošetřování pacientů. Na závěr cituji jednu z dotazovaných sester: *„Neverbální komunikace je úzce spojena s verbální a je třeba si to uvědomit. To, co říkáme, můžeme negativně ovlivnit naším výrazem či postojem, proto je důležité, pokud něco říkáme, si vždy dávat pozor, jak to říkáme.“*

Možnosti vyjádřit svůj vlastní názor rovněž využilo 35 % nemocných z celkového počtu 60 respondentů (100 %). Většina z nich vyjadřovala svou spokojenost a vděčnost za péči, která je jim poskytována na daném oddělení, a vyzdvihovala chování, profesionalitu a ochotu sester. V souvislosti s pandemií onemocnění COVID-19 popisovali 3 respondenti omezenost komunikace kvůli respirátoru, přes který je výrazně hůř slyšet, a tak často neví, co jim sestra říká. 2 z nich také ocenili, že vidí úsměv alespoň v očích.

ZÁVĚR

Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry, její význam a využití při poskytování ošetrovatelské péče je hlavním motivem celé mé práce. V teoretické části byly popsány jednotlivé složky komunikace a jejich nepostradatelná role v ošetrovatelském procesu s důrazem na řeč těla, která zaujímá největší část. Na závěr byla vzhledem k tématu práce zařazena kapitola o profesi všeobecné sestry a jejích rolích ve zdravotnictví.

Empirická část práce se zabývala znalostmi všeobecných sester v oblasti neverbální komunikace a jejich praktickými zkušenostmi s využitím řeči těla v klinické praxi. Zároveň jsem mapovala, zda existují rozdíly v neverbální komunikaci sester na interních a chirurgických pracovištích. Získaná data byla porovnávána s výsledky kontrolní skupiny dospělých pacientů.

Při ohlédnutí se zpět na cíle mé bakalářské práce, mám za to, že se mi je všechny podařilo naplnit. Nyní stručně shrnu, co jsem k jednotlivým cílům zjistila.

Cílem č. 1 bylo zjistit využití neverbální komunikace v rámci poskytování ošetrovatelské péče na interních a chirurgických odděleních z pohledu sester a dospělých pacientů. V rámci výzkumu jsem zjišťovala, zda sestry a pacienti považují neverbální komunikaci za důležitou, jestli sestry podávají pacientovi při představení se ruku, gestikulují při rozhovoru s nemocnými nebo jakým způsobem se je snaží povzbudit apod.

99 % dotazovaných sester a 100 % pacientů vnímá řeč těla jako důležitou. V rámci otázky na podání ruky je překvapujícím zjištěním, že se 12 % sester často zapomene představit. Z pohledu pacientů se jedná dokonce o 32 % případů. V otázce na místa nepříjemných doteků uvedlo 50 % pacientů, že žádné nejsou, ostatní odpovědi se shodovaly s pohledem sester. Bazální stimulaci ve své praxi aktivně využívá 46 % sester.

Cílem č. 2 bylo zjistit dosavadní úroveň znalostí všeobecných sester o problematice komunikace se zaměřením na neverbální komunikaci. Požadované údaje jsem zjišťovala prostřednictvím dotazníkového šetření. Ptala jsem se na znalost pojmu, složky neverbální komunikace, udržování očního kontaktu, význam pojmu haptika, mimickou zónu, z které lze nejlépe vyčíst strach a smutek, vzdálenost, kterou je nejvhodnější udržovat při rozhovoru s nemocným apod. Z výzkumu vyplynulo, že jsou znalosti sester v oblasti neverbální komunikace velice dobré. Domnívám se, že svou roli hraje vzdělání

dotazovaných sester - 75 % z nich mělo vysokoškolské, vyšší odborné nebo specializační vzdělání.

Cílem č. 3 bylo zmapovat a porovnat rozdíly v neverbální komunikaci sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu sester a pacientů. Ze získaných výsledků vyplývá, že 32 % dotazovaných sester (21 % interních a 11 % chirurgických sester) a 40 % pacientů (15 % interních a 25 % chirurgických) si myslí, že se řeč těla podle druhu oddělení liší. 43 % sester (26 % interních a 17 % chirurgických) a 22 % pacientů (14 % interních a 8 % chirurgických) s tímto faktem nesouhlasí.

66 % interních a 63 % chirurgických sester komunikuje s ležícím pacientem vestoje. Naproti tomu 30 % interních a 22 % chirurgických sester se při rozhovoru posadí. Výsledky vycházejí poměrně rovnoměrně, tudíž neprokazují vliv oddělení na polohu sestry při komunikaci s ležícím pacientem.

49 % sester na interních odděleních se stává, že se přistihnou při sledování hodinek. S touto situací má zkušenost také 43 % chirurgických sester. Domnívám se, že by druh oddělení mohl mít kvůli rozdílné náplni práce a vytíženosti sester vliv na četnost sledování hodinek sestrami.

Cílem č. 4 bylo vytipovat, co se v rámci neverbální komunikace nejvíc využívá, jak to pacienti vnímají. Zjistila jsem, že se u dotazovaných sester ve 43 % objevoval výčet: „*mimika, dotek, gesta, vzdálenost, tón hlasu.*“ 20 % sester odpovědělo výčtem: „*úsměv, dotek a oční kontakt.*“ Výsledky ukázaly širokou variabilitu odpovědí, prokázaly znalost sester v oblasti neverbální komunikace a potvrdily, že dvě pro pacienty nejdůležitější složky komunikace, kterými jsou výraz tváře a oční kontakt, využívá většina sester (83 %) opravdu nejčastěji.

Při komunikaci s ležícím pacientem se obvykle 89 % sester postaví přímo k němu, což potvrzuje 50 % nemocných. Naproti tomu ale 48 % pacientů uvedlo, že se sestra nejčastěji postaví k nohám lůžka, což se neshodovalo s četností odpovědí sester, která byla výrazně nižší (7 %). 65 % sester během rozhovoru s ležícím pacientem nejčastěji stojí, s čímž souhlasí 95 % nemocných. Pouze 27 % sester se k němu posadí. Domnívám se, že k této situaci dochází vlivem velkého množství pacientů na malý počet sester, které tak nemají dostatek času se u každého jednotlivce posadit, a že navýšení počtu sester na oddělení by problém vyřešil.

Cílem č. 5 bylo stanovit na základě zjištěných údajů doporučení, na co by si všeobecné sestry měly dávat pozor, aby nepoškodily pacienta v souvislosti s komunikací. Tento cíl považuji za obzvlášť důležitý, jelikož jsou všeobecné sestry

pracovně velice vytížené a vzniká tak velký prostor na děláni chyb. Z pohledu 39 % sester není dostatek času na neverbální komunikaci s pacienty, což potvrzuje 75 % nemocných a dokládá to i časté sledování hodiněk sestrami, které by měly určitě omezit. Navíc pokud mají možnost, měly by se alespoň pokusit vyšetřit si na komunikaci s ležícím pacientem více času a posadit se k němu.

Sestry by si měly dávat pozor a snažit se vyvarovat svých nedostatků. Pro 41 % sester je největším nedostatkem jejich postoj při komunikaci, 43 % pacientů si ale myslí, že je to oční kontakt. 35 % nemocných pak potvrzuje nevhodný postoj sester a doporučuje jeho zlepšení. 21 % sester a 28 % pacientů zmiňuje nepatřičné výrazy tváře.

10 % pacientů doporučilo změny v úpravě zevnějšku sester, jakými jsou: „*větší odlišení sester od lékařů, více barev uniforem a změna materiálu kvůli špatné prodyšnosti.*“ Z vlastních zkušeností v praxi vím, že jsou pacienti často kvůli uniformám personálu zmatení a nevědí, s kým vlastně mluví. Této situaci nepomáhá ani fakt, že se sestry často zapomenou představit. Proto by bylo vhodné, aby si každá sestra na tuto skutečnost začala dávat pozor.

8 % nemocných se setkala v minulosti s urážkou sestry její neverbální komunikací. Konkrétně se setkali s neochotou ze strany sestry a 2 pacienti se urazili poté, co přes dveře slyšeli nevhodné řeči na svůj účet od sestry, která právě opustila jejich pokoj.

Na závěr bych chtěla upozornit, že je důležité mít na paměti podstatnou roli subjektivního vnímání v odpovědích pacientů. Opakovaně jsem od nemocných zaslechla, že sestřičky nechtějí kritizovat, protože jsou jim vděční za to, jak se o ně starají, nebo že by si každý měl nejdříve zamést před vlastním prahem. Vzhledem k nižšímu vzdělání většiny nemocných a pro ně složitě formulovaným otázkám jsem byla velice často nucena vysvětlovat a objasňovat, co kterou otázkou přesně myslím. Bez toho by nemocní odpověděli chybně nebo raději vůbec. Zároveň však oceňuji čas a snahu, které vynaložili i přes svůj zdravotní stav na vyplnění dotazníku.

ANOTACE

| | |
|-----------------------|---|
| Autor: | Tereza Kovalová |
| Instituce: | Ústav nelékařských studií LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství |
| Název práce: | Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry |
| Vedoucí práce: | Mgr. Eva Vachková, Ph.D. |
| Počet stran: | 137 |
| Počet příloh: | 9 |
| Rok obhajoby: | 2021 |
| Klíčová slova: | komunikace, neverbální komunikace, řeč očí, mimika, gestika, haptika, posturologie, kinezika, proxemika, úprava zevnějšku, chronemika, všeobecná sestra, role |

Bakalářská práce pojednává o komunikaci, jejím významu a využití při poskytování ošetrovatelské péče. Pro úplnost a snazší pochopení jsou zde začleněny i složky verbální komunikace a komunikace činy, přestože je hlavním tématem práce neverbální komunikace v práci všeobecné sestry. Teoretickou část uzavírá kapitola o profesi všeobecné sestry a jejích rolích ve zdravotnictví.

Empirická část práce je založena na dotazníkovém šetření, které proběhlo na interních a chirurgických odděleních ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Hlavním zkoumaným souborem byly všeobecné sestry z výše zmíněných pracovišť. Výzkum se zabýval znalostmi všeobecných sester v oblasti neverbální komunikace a jejím využitím v praxi. Kontrolní skupinu respondentů tvořili pacienti nad 18 let hospitalizovaní na interních a chirurgických odděleních FNHK.

My bachelor thesis deals with communication, its importance and use in providing nursing care. The thesis deals mainly with non-verbal communication associated with nursing, however it will also explore aspects of verbal communication and communication based on morals. The theoretical part of the thesis concludes with a chapter that summarises the profession and duties of a qualified nurse and its roles within the healthcare system.

The empirical part of the work is based on a questionnaire survey, which took place in the Internal Medicine and Surgical departments at the University Hospital in Hradec Králové. The main sample examined were qualified nurses from the above-mentioned departments. The research dealt with the knowledge of qualified nurses in the field of nonverbal communication and its use in practice within healthcare. The control group of respondents consisted of patients over 18 years of age hospitalised in the Internal Medicine and Surgical departments of the FNHK.

POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURA

1. CMX, 2015, *Keynote: The Power of Nonverbal Communications* | Joe Navarro | *CMX Summit West 2015*, YouTube video. [cit. 2021-04-22]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?v=HRl0dvPRkSI&list=PLUC9Vz9R3tpLFN2FvB_O5Tb2cr5O0punP
2. ČAJKO, Martin. *Kurz rozpoznávání řeči těla a analýzy vzhledu* [online přednáška]. Inspire Academy, 15. 4. 2021.
3. ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. Brno: Národní ústav dalšího vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1997. ISBN 80-7013-243-4.
4. DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-988-8.
5. DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.
6. EKMAN, Paul, Wallace V. FRIESEN, Phoebe ELLSWORTH. *Emotion in the Human Face*. New York: Pergamon, 1972.
7. EKMAN, Paul. *Odhalené emoce: naučte se rozpoznávat výrazy tváře a pocity druhých*. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2015. Pod povrchem. ISBN 978-80-87270-81-3.
8. EKMAN, Paul a Wallace V. FRIESEN. *Emoce pod maskou: poznám, co si myslíš, podle toho, jak se tváříš*. I. vydání. Přeložil Jiří FADRŇÝ. Brno: BizBooks, 2015. ISBN 978-80-265-0422-1.
9. FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
10. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
11. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. ISBN 978-80-904668-9-0.

12. HANSMANOVÁ, Lenka. Úskalí komunikace s pacientem a jeho rodinou. In: *Linkos: Lékař a multidisciplinární tým* [online]. ČOS ČLS JEP, 2010 [cit. 2021-07-08]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/database-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/uskali-komunikace-s-pacientem-a-jeho-rodinou/>
13. HENDERSON, V., NITE G., HARMER, B. *International Council of Nurses*. New York: Macmillan; London: Collier Macmillan, 1997.
14. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7262-032-0.
15. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneve, 2012.
16. JANÁČKOVÁ, Laura. *Praktická komunikace pro každý den*. Praha: Grada, 2009. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2479-9.
17. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
18. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5203-7.
19. KLUSÁKOVÁ, Petra. *Jak pacienti hodnotí své lékaře*. Zdravotnické noviny, 2004, č. 47.
20. Koncepce ošetřovatelství. In *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR*. MZ ČR, 2004, č. 9.
21. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3.
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Praha: Svoboda, 1988. Členská knihnice.
23. LEWIS, David. *Tajná řeč těla*. Praha: East Publishing, 1998. ISBN 80-7219-004-0.
24. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
25. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
26. NAVARRO, Joe a Marvin KARLINS. *Jak prokouknout druhé lidi: příručka bývalého experta FBI*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3350-0.

27. NAVARRO, Joe. *Tajemství řeči těla: gesta, která prozradí více než slova*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2477-0.
28. NAVARRO, Joe. Interview. In: *Hyde Park Civilizace*. TV, ČT 24, 6. 3. 2021, 19:05. [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10441294653-hyde-park-civilizace/221411058090306>
29. PETERS-KÜHLINGER, Gabriele a John FRIEDEL. *Komunikační a jiné „měkké“ dovednosti*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2145-3.
30. POLÁKOVÁ, Martina. *Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry* [online]. 2008 [cit. 2021-06-10]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/57797>. Vedoucí práce Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
31. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
32. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
33. *Rozhovor*. [online]. [cit. 2021-04-26]. Dostupné z: [https://www.nechybujte.cz/slovník-soucasne-cestiny/rozhovor?](https://www.nechybujte.cz/slovník-současne-cestiny/rozhovor?)
34. ŠOLTÉS, Michal. Reč tela stratená v preklade. In: *otvorenahra.sk* [online]. Otvorená Hra o. z., 2017. [cit. 2021-06-01]. Dostupné z: <https://www.otvorenahra.sk/rec-tela-stratena-v-preklade/>
35. TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.
36. URBANOVÁ, Martina, Miloš VEČEŘA a Pavel HUNGR. *Základy rétoriky pro právníky*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. Edice učebnic Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně. ISBN 80-210-2551-4.
37. UVNÄS-MOBERG, Kerstin, Ingemar ARN, David MAGNUSSON. The Psychobiology of Emotion: The Role of the Oxytocinergic System. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2005, 12: 59 - 65.
38. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
39. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.

40. World's Languages. *Ethnologue: Languages of the World* [online]. [cit. 2021-4-30]. Dostupné z: <https://www.ethnologue.com/>
41. ZACHAROVÁ, Eva. *Základy komunikace pro ošetrovatelskou praxi*. Brno: Tribun EU, 2011. ISBN 978-80-7399-285-9.
42. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

SEZNAM ZKRATEK

BS - bazální stimulace

CMP - cévní mozková příhoda

FNHK - Fakultní nemocnice Hradec Králové

NK - neverbální komunikace

NLZP - nelékařský zdravotnický pracovník

UPV - umělá plicní ventilace

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Graf 1 - Věk dotazovaných sester | 44 |
| Graf 2 - Odpracované roky v praxi | 45 |
| Graf 3 - Současná pozice | 46 |
| Graf 4 - Odpracované roky na současném oddělení | 47 |
| Graf 5 - Význam pojmu neverbální komunikace podle sester | 48 |
| Graf 6 - Rozdíl v NK sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu sester | 50 |
| Graf 7 - Sestrami nejčastěji využívaná neverbální komunikace | 51 |
| Graf 8 - Podání ruky pacientovi při představení se | 53 |
| Graf 9 - Místa nepříjemných doteků podle sester | 55 |
| Graf 10 - Vhodná vzdálenost dle sester | 56 |
| Graf 11 - Čas na neverbální komunikaci z pohledu sester | 58 |
| Graf 12 - Věk dotazovaných nemocných | 63 |
| Graf 13 - Nejvyšší dosažené vzdělání pacientů | 64 |
| Graf 14 - Význam pojmu neverbální komunikace podle nemocných | 65 |
| Graf 15 - Rozdíl v NK sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu pacientů | 67 |
| Graf 16 - Podání ruky sestrou při představení se | 69 |
| Graf 17 - Místa nepříjemných doteků podle nemocných | 71 |
| Graf 18 - Vzdálenost sester při rozhovoru | 72 |
| Graf 19 - Čas na neverbální komunikaci z pohledu nemocných | 74 |
| Graf 20 - Rozdíl v NK sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu sester a pacientů | 81 |
| Graf 21 - Sestrami nejčastěji využívaná NK podle současného oddělení | 82 |
| Graf 22 - Doteky sester při komunikaci podle pohlaví pacientů | 84 |
| Graf 23 - Poloha sester při komunikaci s ležícím pacientem podle současného oddělení | 86 |
| Graf 24 - Sledování hodinek sestrami podle současného oddělení | 87 |
| Graf 25 - Využití bazální stimulace v praxi podle odpracovaných let ve zdravotnictví | 88 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 - Pohlaví sester | 43 |
| Tabulka 2 - Věk dotazovaných sester | 43 |
| Tabulka 3 - Odpracované roky v praxi | 44 |
| Tabulka 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání sester | 45 |
| Tabulka 5 - Současné oddělení praxe | 46 |
| Tabulka 6 - Současná pozice | 46 |
| Tabulka 7 - Odpracované roky na současném oddělení | 47 |
| Tabulka 8 - Význam pojmu neverbální komunikace podle sester | 48 |
| Tabulka 9 - Složky neverbální komunikace podle sester | 49 |
| Tabulka 10 - Důležitost neverbální komunikace z pohledu sester | 49 |
| Tabulka 11 - Rozdíl v NK sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu sester | 50 |
| Tabulka 12 - Sestrami nejčastěji využívaná neverbální komunikace | 51 |
| Tabulka 13 - Vyčtení strachu a smutku z obličeje | 52 |
| Tabulka 14 - Udržování očního kontaktu dle sester | 52 |
| Tabulka 15 - Podání ruky pacientovi při představení se | 52 |
| Tabulka 16 - Použití gest sestrami | 53 |
| Tabulka 17 - Pojem haptika | 54 |
| Tabulka 18 - Povzbuzení pacienta sestrou | 54 |
| Tabulka 19 - Místa nepříjemných doteků podle sester | 55 |
| Tabulka 20 - Vhodná vzdálenost dle sester | 56 |
| Tabulka 21 - Důvod udržované vzdálenosti | 57 |
| Tabulka 22 - Kam se sestry postaví při komunikaci s ležícím nemocným | 57 |
| Tabulka 23 - Poloha sester vůči ležícímu pacientovi | 58 |
| Tabulka 24 - Čas na neverbální komunikaci z pohledu sester | 58 |
| Tabulka 25 - Sledování hodinek dle sester | 59 |
| Tabulka 26 - Využití bazální stimulace v praxi | 59 |
| Tabulka 27 - Konkrétní příklady bazální stimulace v praxi | 59 |
| Tabulka 28 - Nedostatky v neverbální komunikaci z pohledu sester | 60 |
| Tabulka 29 - Vliv pandemie na vyplnění dotazníku sestrami | 60 |
| Tabulka 30 - Pohlaví pacientů | 62 |

| | |
|---|----|
| Tabulka 31 - Věk dotazovaných nemocných | 62 |
| Tabulka 32 - Nejvyšší dosažené vzdělání pacientů | 63 |
| Tabulka 33 - Současné oddělení hospitalizace | 64 |
| Tabulka 34 - Četnost hospitalizací pacientů na daném oddělení | 64 |
| Tabulka 35 - Význam pojmu neverbální komunikace podle nemocných | 65 |
| Tabulka 36 - Důležitost neverbální komunikace sester z pohledu pacientů | 66 |
| Tabulka 37 - Složky neverbální komunikace dle důležitosti pro nemocné | 66 |
| Tabulka 38 - Rozdíl v NK sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu pacientů | 67 |
| Tabulka 39 - Rozpoznání pocitů sestrami | 68 |
| Tabulka 40 - Udržování očního kontaktu dle nemocných | 68 |
| Tabulka 41 - Úsměv sester z pohledu pacientů | 68 |
| Tabulka 42 - Podání ruky sestrou při představení se | 69 |
| Tabulka 43 - Použití gest sestrami dle nemocných | 69 |
| Tabulka 44 - Doteky sester při komunikaci mimo ošetrovatelské činnosti | 70 |
| Tabulka 45 - Pocity pacientů z doteků sester při komunikaci | 70 |
| Tabulka 46 - Místa nepříjemných doteků podle nemocných | 70 |
| Tabulka 47 - Vzdálenost sester při rozhovoru | 71 |
| Tabulka 48 - Vhodnost vzdálenosti sester podle nemocných | 72 |
| Tabulka 49 - Kam se sestry při komunikaci postaví dle pacientů | 72 |
| Tabulka 50 - Poloha sester vůči ležícímu pacientovi z pohledu nemocných | 73 |
| Tabulka 51 - Pocity pacientů z polohy sester při komunikaci | 73 |
| Tabulka 52 - Čas na neverbální komunikaci z pohledu nemocných | 73 |
| Tabulka 53 - Sledování hodinek dle pacientů | 74 |
| Tabulka 54 - Pocity pacientů ze sledování hodinek sestrou | 74 |
| Tabulka 55 - Spokojenost nemocných se zevnějškem sester | 75 |
| Tabulka 56 - Navrhované změny zevnějšku sester | 75 |
| Tabulka 57 - Nedostatky v neverbální komunikaci sester z pohledu pacientů | 75 |
| Tabulka 58 - Urážka nemocných neverbální komunikací | 76 |
| Tabulka 59 - Způsob urážky nemocných | 76 |
| Tabulka 60 - Ovlivnění důvěry pacientů v sestry | 76 |
| Tabulka 61 - Vliv pandemie na vyplnění dotazníku pacienty | 77 |
| Tabulka 62 - Rozdíl v NK sester na interních a chirurgických pracovištích z pohledu sester a pacientů | 81 |

| | |
|---|----|
| Tabulka 63 - Sestrami nejčastěji využívaná NK podle současného oddělení | 82 |
| Tabulka 64 - Doteky sester při komunikaci podle pohlaví pacientů | 84 |
| Tabulka 65 - Poloha sester při komunikaci s ležícím pacientem podle současného oddělení | 86 |
| Tabulka 66 - Sledování hodiněk sestrami podle současného oddělení | 87 |
| Tabulka 67 - Využití bazální stimulace v praxi podle odpracovaných let ve zdravotnictví | 88 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|-----|
| Obrázek 1 - Zúžené a rozšířené zornice | 127 |
| Obrázek 2 - Smutek v oblasti očí | 127 |
| Obrázek 3 - Smutek ve všech třech oblastech tváře | 128 |
| Obrázek 4 - Strach v oblasti čela a obočí | 128 |
| Obrázek 5 - Vystrašené oči | 129 |
| Obrázek 6 - Vystrašená ústa | 129 |
| Obrázek 7 - Rozčilení v očích | 130 |
| Obrázek 8 - Rozčilená ústa | 131 |
| Obrázek 9 - Mimické zóny v obličeji | 132 |
| Obrázek 10 - Uprímý vs. zdvořilý či falešný úsměv | 132 |
| Obrázek 11 - Široký falešný vs. radostný úsměv | 133 |
| Obrázek 12 - Sebejisté, pevné podání ruky | 133 |
| Obrázek 13 - Místa dotyků | 134 |
| Obrázek 14 - Proxemické zóny | 135 |
| Obrázek 15 - Proxemický tanec | 135 |
| Obrázek 16 - Vykopávání nohama | 136 |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|---|-----|
| Příloha 1 - Žádost o provedení výzkumu | 107 |
| Příloha 2 - Dotazník pro všeobecné sestry | 108 |
| Příloha 3 - Dotazník pro dospělé pacienty | 112 |
| Příloha 4 - Bazální stimulace | 117 |
| Příloha 5 - Základní dovednosti sestry pro navázání úspěšné komunikace | 121 |
| Příloha 6 - Nejčastější nedostatky v ošetrovatelské praxi, které si sestra většinou neuvědomuje | 122 |
| Příloha 7 - Pravidla úspěšné řeči těla | 123 |
| Příloha 8 - Obrázky neverbální komunikace | 127 |
| Příloha 9 - Etický kodex Mezinárodní rady sester (ICN) akceptovaný Českou asociací sester (ČAS) | 136 |

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Žádost o provedení výzkumu

Vážená paní
Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové

v Hradci Králové, dne 29. 3. 2021

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Vážená paní náměstkyně,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na vybraných odděleních Fakultní nemocnice Hradec Králové, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Terezy Kovalové, narozené 20. 9. 1995, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Tématem práce je Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry. Cílem této práce je zjistit využití neverbální komunikace v rámci poskytování ošetrovatelské péče na interních a chirurgických odděleních z pohledu sester a dospělých pacientů.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolných anonymních dotazníků určených všeobecným sestrám a dospělým pacientům. Dotazníky přikládám k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., vedoucí Oddělení ošetrovatelství Ústavu sociálního lékařství na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Tereza Kovalová
Pod Lesem 103
542 33 Rtyně v Podkrkonoší
kovalovt@lfhk.cuni.cz

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Šimkova 870
500 03 Hradec Králové
vachkovae@lfhk.cuni.cz


Vyjádření vedení instituce:

- ☒ Souhlasím
☐ Nesouhlasím

Datum:

31. 3. 2021

Podpis a razítko

 Mgr. Dana Vaňková

FAKULTNÍ NEMOCNICE
náměstkyně pro ošetř. péči
500 05 Nový Hradec Králové

Příloha 2 - Dotazník pro všeobecné sestry

Vážené kolegyně, vážení kolegové.

Jmenuji se Tereza Kovalová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Studuji obor ošetrovatelství – všeobecná sestra.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma *Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry*. Tento dotazník je zcela anonymní, proto prosím nepíšíte žádné identifikační údaje. Veškeré údaje zjištěné tímto dotazníkem budou použity pouze pro mou závěrečnou bakalářskou práci, která je nedílnou součástí státní zkoušky.

Vyplněný dotazník, prosím, zalepte do přiložené obálky, aby byla zachována Vaše anonymita. Poté obálku předejte kontaktní osobě na Vašem oddělení, od které jste dotazník obdržel/a.

Předem děkuji za spolupráci.

S pozdravem Tereza Kovalová

Instrukce pro vyplnění dotazníku:

1. U každé otázky vyberte a zakroužkujte vždy jen *jednu* odpověď, pokud není uvedeno jinak.
2. Pokud vyberete odpověď *jiné*, doplňte Vaši konkrétní variantu odpovědi.
3. U otázek s volnou tvorbou odpovědi vypište, co Vás k dané otázce napadne.
4. Vyplňte, prosím, všechny otázky, jinak nemohu dotazník pro svou práci použít.
5. Na konci dotazníku je místo pro Váš volný komentář. Zde, prosím, napište vše, co Vám v dotazníku chybělo a považujete to za důležité.

1. Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2. Věk:

3. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0 - 5 let
- b) 6 - 10 let
- c) 11 - 20 let
- d) 20 a více let

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (možnost označit více odpovědí)

- a) Středoškolské (maturitní zkouška)
- b) Vyšší odborné (DiS.)
- c) Vysokoškolské (Bc.)
- d) Vysokoškolské (Mgr.)
- e) Specializační vzdělání

5. Na kterém oddělení pracujete v současné době?

- a) Interní
- b) Chirurgické

Jaká je Vaše pozice?

.....

6. Jak dlouho na tomto oddělení pracujete?

- a) Méně než 1 rok
- b) 1 - 3 roky
- c) 4 - 6 let
- d) 7 a více let

7. Co je podle Vás neverbální komunikace?

.....

.....

8. Co všechno zahrnuje neverbální komunikace? (možnost označit více odpovědí)

- a) Výraz obličeje
- b) Dotek
- c) Rozhovor
- d) Úprava zevnějšku
- e) Tón hlasu
- f) Gesta
- g) Vzájemná vzdálenost
- h) Jiné:

9. Považujete svou neverbální komunikaci za důležitou pro pacienta?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

10. Myslíte si, že je rozdíl v neverbální komunikaci sester na interních a chirurgických pracovištích?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

11. Co v rámci neverbální komunikace nejčastěji využíváte?

.....

12. Ze které mimické zóny obličeje pacienta nejlépe vyčtete strach a smutek?

- a) Oblast čela a obočí
- b) Oblast očí
- c) Oblast nosu, tváří a úst

13. Udržujete při komunikaci s nemocným oční kontakt?

- a) Ano
- b) Ne

14. Podáváte pacientovi při představení se ruku?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Často se zapomenou představit
- d) Jiné:

15. Gestikulujete při rozhovoru s nemocným?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

16. Haptika se zabývá:

- a) Pohyby těla
- b) Doteky
- c) Tónem hlasu
- d) Postojem

17. Pokud chcete pacienta povzbudit: (možnost označit více odpovědí)

- a) Pohládíte jej po hlavě
- b) Vezmete jej za ruku
- c) Položíte mu ruku na rameno
- d) Obejmete jej kolem ramen
- e) Mluvíte s pacientem bez doteků
- f) Jiné:

18. Kde jsou doteky sester, podle Vašeho názoru, pacientům nepříjemné?

.....
.....

19. Jakou vzdálenost by bylo nejvhodnější udržovat při rozhovoru s nemocným?

- a) 45 cm a méně
- b) 45 cm - 1,2 m
- c) 1,2 - 3,7 m
- d) 3,7 m a více

Proč právě tuto vzdálenost?

.....

20. Kam se obvykle postavíte při komunikaci s ležícím pacientem?

- a) K němu
- b) K nohám lůžka
- c) Ke dveřím
- d) Pohybuji se po pokoji
- e) Jiné:

21. Jakou polohu nejčastěji zaujmete u ležícího pacienta?

- a) Vsedě
- b) Vstoje
- c) Jiné:

22. Máte dostatek času na neverbální komunikaci s nemocným?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

23. Stává se Vám, že se přistihnete během komunikace s pacientem, že sledujete hodinky?

- a) Ano
- b) Ne

24. Využil/a jste někdy v praxi bazální stimulaci?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, co konkrétně?

.....

25. V které složce neverbální komunikace máte podle Vás největší nedostatky?
(možnost označit více odpovědí)

- a) Výraz tváře
- b) Oční kontakt
- c) Použití gest
- d) Doteky
- e) Postoj při komunikaci
- f) Vzájemná vzdálenost
- g) Úprava zevnějšku
- h) Komunikace činy

26. Pokud byste vyplňoval/a dotazník před současnou pandemickou situací, vyplnil/a byste jej jinak?

- a) Ano
- b) Ne

27. Váš vlastní komentář:

.....

.....

.....

Došel/došla jste na konec dotazníku. Znovu, prosím, zkontrolujte, zda jste uvedl/a odpověď na všechny otázky. Mnohokrát děkuji za Váš čas strávený tímto dotazníkem.

Děkuji.

Tereza Kovalová

Příloha 3 - Dotazník pro dospělé pacienty

Vážené dámy, vážení pánové.

Jmenuji se Tereza Kovalová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Studuji obor ošetrovatelství – všeobecná sestra.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma *Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry*. Tento dotazník je zcela anonymní, proto prosím nevpisujte žádné identifikační údaje. Veškeré údaje zjištěné tímto dotazníkem budou použity pouze pro mou závěrečnou bakalářskou práci, která je nedílnou součástí státní zkoušky.

Předem děkuji za spolupráci.

S pozdravem Tereza Kovalová

Instrukce pro vyplnění dotazníku:

1. U každé otázky vyberte a zakroužkujte vždy jen *jednu* odpověď, pokud není uvedeno jinak.
2. Pokud vyberete odpověď *jiné*, doplňte Vaši konkrétní variantu odpovědi.
3. U otázek s volnou tvorbou odpovědi vypište, co Vás k dané otázce napadne.
4. Vyplňte, prosím, všechny otázky, jinak nemohu dotazník pro svou práci použít.
5. Na konci dotazníku je místo pro Váš volný komentář. Zde, prosím, napište vše, co Vám v dotazníku chybělo a považujete to za důležité.

1. Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2. Věk:

- a) 18 - 30 let
- b) 31 - 45 let
- c) 46 - 60 let
- d) 61 - 75 let
- e) 76 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní škola
- b) Střední škola
- c) Vyšší odborná škola
- d) Vysoká škola

4. Na kterém oddělení jste hospitalizován/a v současné době?

- a) Interní
- b) Chirurgické

5. Na tomto oddělení jste hospitalizován/a:

- a) Poprvé
- b) Opakovaně

6. Co je podle Vás neverbální komunikace?

.....
.....

7. Je pro Vás neverbální komunikace sester důležitá?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

8. Složky neverbální komunikace očísľujte podle toho, jak moc jsou pro Vás u sester důležité: (1 - nejdůležitější, 7 - nejméně podstatné)

- a) Oční kontakt
- b) Výraz tváře
- c) Gesta
- d) Dotek
- e) Postoj při komunikaci
- f) Vzájemná vzdálenost
- g) Zevnějšek sestry (uniforma, vzhled, upravenost)

9. Myslíte si, že je rozdíl v neverbální komunikaci sester na interních a chirurgických pracovištích?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

10. Dokáží sestry rozpoznat, jak se cítíte (z výrazu obličeje, pohledů, gest)?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

11. Udržují s Vámi sestry dostatečně oční kontakt při komunikaci?

- a) Ano
- b) Ne

12. Usmívají se na Vás sestry často?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

13. Setkáváte se s tím, že by Vám sestra při představení se podala ruku?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Sestra se mi často nepředstaví
- d) Jiné:

14. Používají sestry při rozhovoru s Vámi gesta?

- a) Ano
- b) Ne

15. Dotýkají se Vás sestry při komunikaci i mimo ošetrovatelské činnosti?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Pokud ano/spíše ano, jak tyto doteky vnímáte?

- a) Je Vám to příjemné
- b) Je Vám to nepříjemné
- c) Jiné:

16. Kde jsou Vám doteky sester nepříjemné?

.....
.....

17. V jaké vzdálenosti je od Vás sestra při rozhovoru nejčastěji?

- a) 45 cm a méně
- b) 45 cm - 1,2 m
- c) 1,2 - 3,7 m
- d) 3,7 m a více

Považujete tuto vzdálenost za vhodnou?

- a) Ano
- b) Ne

18. Kam se sestry obvykle postaví, když s Vámi komunikují?

- a) K Vám
- b) K nohám lůžka
- c) Ke dveřím
- d) Pohybují se po pokoji
- e) Jiné:

19. Pokud ležíte v lůžku, jakou polohu při komunikaci sestra nejčastěji zaujme?

- a) Posadí se
- b) Stojí
- c) Jiné:

Jaké pocity to ve Vás vyvolává?

.....

20. Myslíte si, že mají sestry dostatek času s Vámi neverbálně komunikovat?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

21. Všiml/a jste si, že by sestra během komunikace s Vámi sledovala hodinky?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jaké pocity to ve Vás vyvolalo? (možnost více odpovědí)

- a) Nejistota
- b) Rozčilení
- c) Nedůvěra
- d) Nezájem ze strany sestry
- e) Jiné:

22. Jste spokojen/a se současnou úpravou zevnějšku sester (uniforma, účes, líčení aj.)?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ne, co byste změnil/a?

.....

23. Kterou složku neverbální komunikace by podle Vás sestry měly zlepšit? (možnost označit více odpovědí)

- a) Výraz tváře
- b) Oční kontakt
- c) Použití gest
- d) Doteky
- e) Postoj při komunikaci
- f) Vzájemná vzdálenost
- g) Úprava zevnějšku sestry
- h) Komunikace činy

24. Urazila Vás v minulosti sestra svou neverbální komunikací?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jakým způsobem?

.....

.....

25. Na Vaši důvěru v sestru má vliv: (možnost označit více odpovědí)

- a) Verbální komunikace
- b) Neverbální komunikace
- c) Upravenost sestry
- d) Celkový první dojem
- e) Jiné:

26. Pokud byste vyplňoval/a dotazník před současnou pandemickou situací, vyplnil/a byste jej jinak?

- a) Ano
- b) Ne

27. Váš vlastní komentář:

.....

.....

.....

Došel/došla jste na konec dotazníku. Znovu, prosím, zkontrolujte, zda jste uvedl/a odpověď na všechny otázky. Mnohokrát děkuji za Váš čas strávený tímto dotazníkem.

Děkuji.

Tereza Kovalová

Příloha 4 - Bazální stimulace

Konceptem bazální stimulace se zabývá řada vědních oborů, což je důvodem, proč prozatím neexistuje jednotná definice pojmu jako takového. Jejím smyslem je podpořit vnímání nemocného za využití jemu známých stimulů jako jsou např. chutě, zvuky, vůně nebo doteky. Každý z nás vnímá podněty jak z okolního prostředí, tak zevnitř svého těla. Vnímání je možné díky smyslovým orgánům, které přijímají a zpracovávají impulzy z okolí a jsou proto nazývány **komunikačními kanály** (Tomová, Křivková, 2016, s. 100-101). V rámci bazální stimulace je nutné nemocnému poskytnout takové podněty, které budou odpovídat jeho aktuálnímu schopnostem, potřebám a zdravotnímu stavu. V realizaci hraje významnou roli i spolupráce s rodinou / blízkými pacienta a jejich podpora (Friedlová, 2015).

„V konceptu bazální stimulace řadíme doteky mezi základní lidské schopnosti, přes něž se k nám dostávají impulzy z okolí. Ruce zdravotníků jsou mnohdy pro pacienty jediným možným předmětem, prostřednictvím kterého získávají informace o sobě samém a okolním světě. Jejich doteky proto musí být zřetelné, promyšlené a přiměřeného tlaku, aby nevyvolávaly pocity strachu a nejistoty. Musíme klientovi dát vždy jasně najevo, kdy začíná a končí naše přítomnost a činnost“ (Tomová, Křivková, 2016, s. 101). Tuto informaci mu předáme cíleným **iniciálním dotekem** na rameno, paži nebo ruku v kombinaci s verbálním projevem - pozdravem, oslovením, poskytnutím informací o plánovaném výkonu apod. (Tomová, Křivková, 2016).

„Předpoklad pro zajištění fungujícího konceptu bazální stimulace je získání kvalitní autobiografické anamnézy od pacienta a jeho příbuzných.... Sepsání biografické anamnézy umožní profesionálům zvolit adekvátní ošetrovatelské techniky, které zohlední individualitu, věk, onemocnění, potřeby, dovednosti a schopnosti pacienta“ (Tomová, Křivková, 2016, s. 103).

„Schopnost vnímání můžeme pozorovat brzy v prenatálním období od 9. týdne těhotenství, a to v oblasti vibrační, somatické a vestibulární“ (Tomová, Křivková, 2016, s. 104). Proto se mezi **základní prvky bazální stimulace** řadí:

1. Somatická stimulace může být součástí péče o pacienta na lůžku nebo ve vodním prostředí - vaně, vodní posteli (Friedlová, 2015). „*Somatické vnímání nám zprostředkovává vjemy z povrchu těla, stimuluje vnímání tělesného schématu a následně okolního světa. ... Při imobilitě (nečinnosti z důvodu úrazu či onemocnění) u pacienta dochází ke ztrátě myšlenek na pohyb, ke změně vnímání tělesného schématu a pojetí vlastních hranic těla*“ (Tomová, Křivková, 2016, s. 104-105). Hlavní formou somatické stimulace je **dotek**, který v nemocném vzbuzuje pocit jistoty a napomáhá mu v orientaci. Technikami, které v rámci somatické stimulace můžeme v ošetrovatelské praxi využít, jsou:

- **Zklidňující stimulace (koupel)** - je určena pacientům s poruchou vědomí, somatickým postižením, poruchou spánku, pacientům neklidným, zmateným i dezorientovaným a se změněným vnímáním tělesného schématu. Činnost zahájíme iniciálním dotekem, následně dle zdravotního stavu vybereme část těla, kde se stimulací začneme - obličej, hrudník (od středu trupu k zevní straně), končetiny (směrem ke konečkům prstů) a záda (od páteře k zevní straně trupu) - *pohyby po směru růstu chlupů* navodí celkové tělesné uvolnění a informují o tělesném schématu (Friedlová, 2007; Tomová, Křivková, 2016, s. 105).
- **Povzbuzující stimulace (koupel)** - je vhodná pro pacienty s poruchou vědomí, se sníženým svalovým tonem, bradykardií a pro depresivní a apatické nemocné. Zahájení a výběr místa aplikace je shodný se zklidňující stimulací. Stimulace probíhá *proti směru růstu chlupů* na těle: obličej (od brady k čelu), končetiny (od konečků prstů k rameni či pánvi), hrudník (od stran trupu směrem ke středu) a záda (od stran k páteři), čili vše je přesně naopak v porovnání se zklidňující stimulací. Povzbuzující stimulace zvyšuje pozornost, úroveň vědomí, vnímání tělesného schématu, svalový tonus, srdeční frekvenci i tlak (Friedlová, 2007; Tomová, Křivková, 2016, s. 106).
- **Neurofyziologická stimulace (koupel)** - je aplikována u pacientů s plegiemi, parézami po CMP a úrazech hlavy, po operacích mozku

a onemocnění pohybového aparátu. Pacient se pod odborným vedením stimuluje sám pomocí zdravé ruky, nebo mu asistujeme a vedeme k činnosti postiženou část těla. Základním předpokladem je schopnost pacienta vnímat svou zdravou stranu těla. Je nezbytné se vždy postavit k postižené straně a stimulaci provádět *od zdravé části k postižené, od hlavy ke končetinám*. Cílem stimulace je umožnit nemocným s poruchou hybnosti vnímat postiženou část těla (tělesné schéma je uloženo v paměťových drahách - nemocný je díky tomu schopen opět začlenit postiženou stranu těla do svého tělesného schématu). Je velice důležité, aby pacient vlastní tělo a pohyby průběžně kontroloval zrakem (Friedlová, 2015; Tomová, Křivková, 2016, s. 107).

- **Polohování** - je pro pacienta nezbytné kvůli získání informací o vlastním těle. Ke ztrátě pocitu vlastních hranic totiž dochází již po 30 minutách ležení, obzvláště na měkkých matracích. K polohování používáme polohovací pomůcky (např. polštáře, deky, perličkové polohovací pomůcky aj.) a bereme vždy ohled na komfort nemocného. Velmi často se kvůli výrazné somatické stimulaci v praxi využívá poloha mumie nebo hnízdo (Tomová, Křivková, 2016, s. 108-109).
- **Masáž stimulující dýchání** - je určena pacientům s bolestí, poruchami spánku, depresivními stavy, před náročnými operacemi nebo na UPV. Masáž provádíme v rytmu dýchání a dostatečným tlakem našich rukou na zádech nebo příp. na ventrální část hrudníku. Pacient při ní buď sedí, nebo leží na boku či břiše. Postupujeme od zátylku podél páteře směrem k sakrální oblasti buď přímočarými, nebo krouživými pohyby. Cílem masáže u nemocného je navození klidného, hlubokého a pravidelného dýchání a jeho vyšší koncentrace (Friedlová, 2007; Tomová, Křivková, 2016, s. 109-110).

2. **Vestibulární stimulace** je indikována u pacientů v kómatu, dlouhodobé UPV nebo imobilních déle než 3 dny s omezenou možností pohybu. Cílem je zprostředkovat nemocnému stimuly pro jeho rovnovážné ústrojí, lepší prostorovou orientaci a vnímání pohybu a připravit jej tak na mobilizaci. Mezi techniky stimulace patří houpací pohyby v lůžku, otáčivé pohyby hlavy a nácvik „pohybu klasu v ovesném poli,“ přičemž pacient sedí - můžeme využít závěsné sítě, zvedací zařízení aj., nebo

leží, přičemž měníme polohu celého lůžka (Friedlová, 2015; Tomová, Křivková, 2016, s. 110).

3. **Vibrační stimulace** je využívána u pacientů v kómatu, nebo jako přípravná fáze nemocného ke vnímání pohybu s následnou mobilizací a vertikalizací. Ke stimulaci můžeme kromě rukou použít i vibrační předměty, jako např. holicí strojek, hudební nástroj, elektrický zubní kartáček, vibrační podložky aj., které přikládáme na klouby horních a dolních končetin, odkud se vibrace rozšíří dál po těle, nebo je můžeme vložit pacientovi do dlaně (Tomová, Křivková, 2016, s. 111).

Prvky nástavbové stimulace zahrnují schopnosti, které člověk získá až v dalším postnatálním vývoji a mají za cíl zajistit základní životní funkce (Friedlová, 2015). Konkrétně se jedná o tyto prvky:

4. **Optická stimulace** - je v praxi využívána vzhledem k nedostatku vizuálních podnětů v nemocničním prostředí. Pacient upoutaný na lůžko má k dispozici pouze úzké zorné pole, proto bychom mu měly aktivně pomáhat měnit tělesnou polohu, zprostředkujeme mu tak jiné zorné pole a lepší orientaci v prostoru. Je vhodné, aby nemocný viděl na hodiny a měl možnost si uvědomit denní dobu - zda je den či noc. Ke stimulaci se rovněž využívají dětské kresby nebo osobní fotografie - napomůžou aktivovat paměťové stopy. Pokud pacient nosí dioptrické brýle, nesmíme mu je zapomenout nasadit (Friedlová, 2007, 2015; Tomová, Křivková, 2016, s. 111-112).
5. **Auditivní stimulace (sluchová)** - se v nemocnicích uplatňuje kvůli kontaktu nemocného s mnoha neznámými podněty, jakými jsou např. zvuky přístrojů nebo hlasy personálu, které v něm mohou vzbudit strach, nejistotu nebo vyvolat paniku. Cílem stimulace je navázání kontaktu s pacientem, předání informací o jeho osobě i těle, dopomoc k orientaci v prostoru, mobilizace jeho vzpomínek a vyvolání pocitu bezpečí, klidu a jistoty. Toho lze dosáhnout prostřednictvím řeči (vyprávění, předčítání, nahrávky hlasů rodiny, blízkých a přátel atd.) hudby nebo zpěvu (Friedlová, 2007; Tomová, Křivková, 2016, s. 112).
6. **Orální stimulace** - slouží ke stimulaci chuťového vnímání, aktivaci perorálních vjemů spojených s příjmem potravy, stimuluje polykání, sensoriku dutiny ústní a vede ke stimulaci řečových funkcí. Cílem je obnovení vnímání vjemů z dutiny ústní. V praxi se provádí buď samostatně, nebo v kombinaci s nácvikem příjmu potravy a polykání. Je nutné, aby pacient zaujmul polohu vsedě. Následuje

ochutnávka jeho oblíbených jídel (viz jeho biografická anamnéza) prostřednictvím tzv. „cucacích váčků“. Nápoje podáváme pomocí molitanových štětiček (Friedlová, 2007; Tomová, Křivková, 2016, s. 112).

7. **Olfaktorická stimulace (čichová)** - se využívá k vyvolání vzpomínek prostřednictvím vůní, které nám asociují příjemné situace. Jako příklad lze uvést vzpomínku na Vánoce díky vůni perníku, skořice a vanilky, nebo na oblíbené jídlo (např. čokoládu), nápoj (např. kávu) či lidi (díky parfému, šamponu apod.). Potřebné informace získáme z biografické anamnézy nemocného (Friedlová, 2015; Tomová, Křivková, 2016, s. 113).
8. **Taktilně-haptická stimulace (hmatová)** - je indikována neklidným pacientům, kteří se snaží o vytáhnutí invazivních vstupů, močových katetrů, drénů apod. Ruce jsou společně s ústy jedny z neaktivnějších částí lidského těla. V průběhu života se jejich pomocí učíme a získáváme zkušenosti, které se nám uloží v paměti. Neklidní pacienti se snaží identifikovat neznámé předměty, ale většinou se jim to nepodaří, nedokáží si je v paměti zařadit, což je zdrojem pocitu strachu a nejistoty. Hmat nemocného stimulujeme prostřednictvím jemu známých věcí (viz jeho biografická anamnéza), předmětů z osobního nebo pracovního života, z oblasti koníčků apod. (Friedlová, 2007; Tomová, Křivková, 2016, s. 113).

Příloha 5 - Základní dovednosti sestry pro navázání úspěšné komunikace

- *Pozorně poslouchat.*
- *Umět povzbudit vzájemnou komunikaci.*
- *Přiměřeně reagovat.*
- *Umět reagovat na emoční projevy, které pacient vysílá.*
- *Zeptat se pacienta na jeho pocity během rozhovoru.*
- *Umět v případě potřeby použít metakomunikační prvky.*
- *Zvládnout systém získávání ošetrovatelské anamnézy a jejího shrnutí.*
- *Umět navodit u pacienta pocit uvolnění, když je třeba.*
- *Dát a udržet přiměřené tempo rozhovoru.*
- *Umět sladit své neverbální projevy se slovním projevem.*

- *Kontrolovat, zda pacient porozuměl informaci.*
- *Umět udržet oční kontakt s pacientem.*
- *Komunikovat srozumitelně.*
- *Respektovat přání pacienta.*
- *Respektovat soukromí pacienta.*
- *Nekritizovat pacienta veřejně.*

(Honzák, 1999, s. 19)

Příloha 6 - Nejčastější nedostatky v ošetrovatelské praxi, které si sestra většinou neuvědomuje

- *Tvoří příliš dlouhé věty - vše by chtěla říci rychle a najednou.*
- *Používá odborná, moderní slova - některým nemusí ani sama rozumět, neumí je vysvětlit.*
- *Klade především uzavřené otázky - očekávajíc jasnou odpověď od pacienta (např. „ano, ne“).*
- *Hovoří příliš rychle, bez přestávek.*
- *Prosazuje hlavně sebe - zdůrazňuje svůj podíl na ošetrovatelské péči (např. „já zajistím, já zavolám, já podám...“).*
- *Vyhýbá se očnímu kontaktu při verbální komunikaci.*
- *Nadměrně ubezpečuje o uzdravení.*
- *Komunikuje bezobsažně - to vyvolává dojem, že sestra pacienta neposlouchá, nerozumí mu (např. „To bude určitě dobře“, „Vy si toho ještě v životě užijete“).*

(Zacharová, 2011, s. 37)

Příloha 7 - Pravidla úspěšné řeči těla

První setkání

1. *Hospodařte s každou vteřinou prvního setkání. Nedělejte si iluze, že špatný dojem lze snadno zítra opravit. Pozdější náprava věcí je o něco těžší než uvést je do pořádku hned zpočátku.*

Síla pohledu

2. *Vždy, kdykoli je to možné, použijte signál letmého povytažení obočí. Vždy opěťujte signál letmého povytažení obočí vyslaný druhou osobou, pokud ovšem nechcete signalizovat nepřátelský postoj.*
3. *Vždy přerušujte zrakový kontakt odvrácením pohledu dolů, pokud nemáte v úmyslu vyjádřit nezájem o druhého nebo vyvést jej z rovnováhy například pohledem vzhůru.*
4. *Nikdy normálně během počáteční fáze setkání neupírejte pohled na druhého déle než tři vteřiny. Podívejte se, potom zrakový kontakt krátce přerušte. Jakékoli porušení tohoto pravidla může vytvářet negativní dojmy, i když osoby přijímající signál nejsou schopny vysvětlit příčinu svých pocitů. Jediná výjimka je během přesilové hry, když je vaším záměrem vyvést protivníka z rovnováhy.*

Síla úsměvu

5. *Používejte úsměv, který je nejvhodnější pro danou situaci. Nevhodný úsměv může vyvolat stejně negativní dojem jako vůbec žádný úsměv.*

Využití prostoru vstojе

6. *Dbejte na to, abyste nikdy neúmyslně nenarušil intimní zónu jiné osoby. Pokud tak činíte úmyslně v rámci manipulativní strategie, uvědomte si, že vyvoláte silný nárůst aktivity (viz pravidlo dvacáté druhé).*
7. *Ujistěte se, že jste zvolili odstup odpovídající výsledkům, které jsou vaším cílem. Vezměte v úvahu individuální a kulturní rozdíly, stejně jako povahu vztahu. Naučte se používat celou škálu vzdáleností bez pocitu odcizení nebo znepokojení. Čím*

umíte být přizpůsobivější v manipulaci s osobními zónami jiných lidí, tím větší kontrolu nad setkáním budete moci uplatnit.

- 8. Za určitých okolností může narušení něčího osobního prostoru zvýšit vzájemné sympatie. Můžete ho však použít jen tehdy, když to dotyčnému člověku vynahradíte slovní chválou anebo přátelskými a povzbudivými neverbálními signály. Za takovýchto podmínek snížení vzdálenosti mezi vámi zvýší jeho) sympatie, zájem a ochotu spolupracovat s vámi.*
- 9. Nikdy nestůjte přímo čelem proti neznámému muži nebo po boku neznámé ženě. S mužem začínejte rozhovor vstojе spíše v boční pozici a postupně se přemísťujte více do pozice čelní. Na počátku rozhovoru se ženou zaujměte čelní postavení a potom se pomalu přesunujte do pozice boční.*
- 10. Nikdy nestůjte, když někdo další sedí, jestliže ovšem není vaším záměrem ho ovládnout nebo zastrašit. Výška je silným signálem dominance.*

Využití prostoru vsedě

- 11. Vyhněte se, pokud je to možné, křeslům, která vás nutí sedět v nich hodně hluboko, protože to omezí vaši možnost vysílat řadu důležitých signálů pomocí gestikulace a držení těla.*
- 12. Pokud je možné židle přemísťovat, řiďte se pravidly popsanými výše. i když vsedě se můžete přiblížit k druhému člověku více, než byste mohli vstojе. Příčinou toho je, že poloha vsedě zvyšuje náš pocit bezpečí, obzvláště když opěradla vytvářejí fyzickou bariéru mezi námi a ostatními.*
- 13. Vyvarujte se sedět bezprostředně vedle neznámé ženy nebo proti neznámému muži. Kdykoli je to možné, řiďte se postupem uvedeným výše tak, že na počátku setkání sedíte po boku muže a tváří v tvář ženě.*

Když si podáváte ruce

- 14. Za všech okolností udržujte svou dlaň suchou. Za všech okolností používejte střední sílu stisku. Za všech okolností držte ruku druhého asi okolo šesti vteřin.*
- 15. Pro vyjádření převahy používejte dominantní stisk, silnější a mírně delší než normální. Pro vyjádření přátelství a ochoty spolupracovat používejte spojenecký stisk o normální síle a délce. Chcete-li vašemu signálu dodat více průbojnosti, uplatněte mírně vyšší sílu stisku. Chcete-li v něm zdůraznit aspekt přátelství, zachovejte střední sílu stisku, ale mírně ho prodlužte. Přitom*

se usmívejte, mějte uvolněný výraz, udržujte zrakový kontakt po celou dobu stisku rukou a mírně se předklánějte. Pro vyjádření podřízenosti použijte podřízeného stisku. Síla a trvání stisku by měly být normální. Zrakový kontakt omezte, při jeho přerušení odvracejte pohled dolů.

16. *Vyhýbejte se používání zabarvených, tmavých nebo zrcadlových skel v brýlích, pokud vás k tomu nenutí zdravotní důvody. Chcete-li být považován za srdečného člověka k druhým, používejte pro korigování své zrakové vady raději kontaktní čočky než brýle.*

Posílení ochoty ke spolupráci

17. *Používejte náklon hlavy do strany spolu se zrakovým kontaktem a srdečným úsměvem při první schůzce, abyste zvýšili účinek svého vystupování. Stejně signály používejte, kdykoli žádáte o pomoc nebo o spolupráci.*
18. *Když mluvíte ke skupině lidí, zajistěte, abyste měli se všemi zrakový kontakt. Pokud je to možné, vyhněte se předčítání textu. Buď se naučte zpaměti to, co chcete říci, nebo používejte stručné poznámky.*

Přesilové hry

19. *Tajemství úspěšné přesilové hry závisí na vaší schopnosti ovládat čas a prostor druhé osoby.*
20. *Chodte pomalu, chodte rozvážně, chodte vzpřímeně. Věnujte čas obhlídce svého okolí. Osvojte si chování vlastníka a ne kradmé způsoby někoho, kdo na místě nemá co dělat. Představujte si, že místo, kde jste, vám patří a pohybujte se podle toho. Nikdy se nenechte přimět ke spěchu.*
21. *Používejte prodloužený pohled k vyvedení druhého z rovnováhy. Sami se opětování prodlouženého pohledu ze strany druhého vyhýbejte. Pohled odvracejte buď doleva, nebo doprava, nikdy ne dolů.*
22. *Kdykoli je to možné, zvolte si, kde a jak budete sedět. Vyberte si židli bez postranních opěradel, z které lze snadno vstát a ve které budete stejně vysoko jako druhý. Vyhněte se lůžce hlubokých, pohyb znemožňujících křesel.*
23. *Svou schopnost ovládat druhé můžete často zvýšit záměrným vpádem do jejich osobního prostoru.*
24. *Chcete-li získat nad druhým převahu, ovládněte nejdříve jeho čas. Čím déle jej přinutíte čekat - do určité míry - tím větší převahu dáváte najevo. Zkuste použít*

„dvacetiminutový test“. Jestliže druhý vydrží na schůzku trpělivě čekat, získali jste převahu v tom smyslu, že jste podkopali představu, kterou měl o svém postavení.

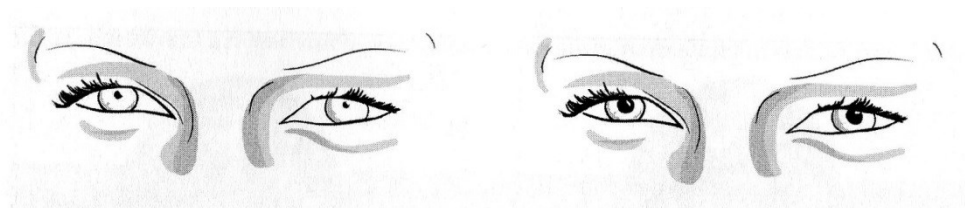
25. *Braňte se pokusům mařit váš čas. Zůstaňte v činnosti a oplatte druhému tím, že ho donutíte také na vás čekat. Dodržujte pravidlo, že počkáte nejvýš patnáct minut. Po skončení této doby, pokud není skutečně závažný a opravdový důvod ke zdržení, schůzku ukončete.*

Jak číst druhé

26. *Přistupujte ke každému setkání nezaujaté. Vyhybejte se příliš mnoha předem utvořeným úsudkům o tom, s čím se při něm setkáte.*
27. *Nevěnujte příliš mnoho pozornosti výrazům obličeje. Přestože vám mohou poskytnout některá cenná vodítka, jejich signály řeči těla se dají snadno předstírat.*
28. *Nervozitu poznáte spíše pohledem na nohy a ruce, než na obličej. Sledujte „úniky“ signálů nervozity - drobných, podvědomě vznikajících pohybů, kterými druhý uvolňuje své vnitřní napětí.*
29. *Bez ohledu na to, co se pokoušíte prodat, signály řeči těla vám řeknou, zda druhý chce uzavřít dohodu. Klíčové signály, které je třeba sledovat, jsou náhlé uvolnění napětí, zvýšený zrakový kontakt, přiblížení se a ruka dotýkající se brady.*
30. *Chcete-li si ověřit upřímnost signálů přátelství, sledujte záhyby kůže pod očima, prozrazující nefalšovaný přátelský úsměv, všímejte si během konverzace zvýšené snahy o dotek, napodobování vašich postojů a gest a hlavy nakloněné do strany.*
31. *Lháři se prozrazují několika způsoby. Sledujte, zda druhý používá méně gestikulace a více se dotýká sám sebe. Obvykle si mne ruce, tahá se za uši, nos nebo tváře. Velmi mnoho vám prozradí mnutí nosu nebo očí. Lež ve spojení s nepřátelstvím lze rozpoznat podle agresivních pohybů nohou, rukou nebo úst.*

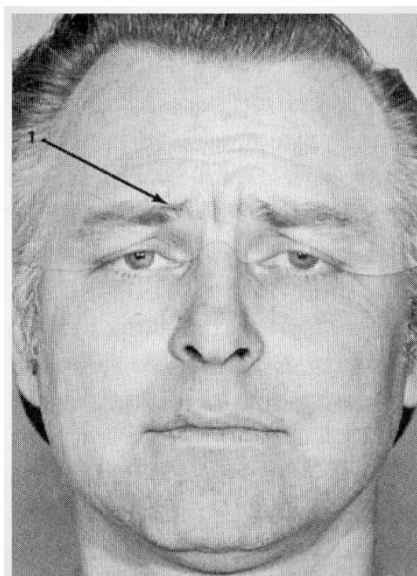
(Lewis, 1998, s. 222 - 226)

Příloha 8 - Obrázky neverbální komunikace



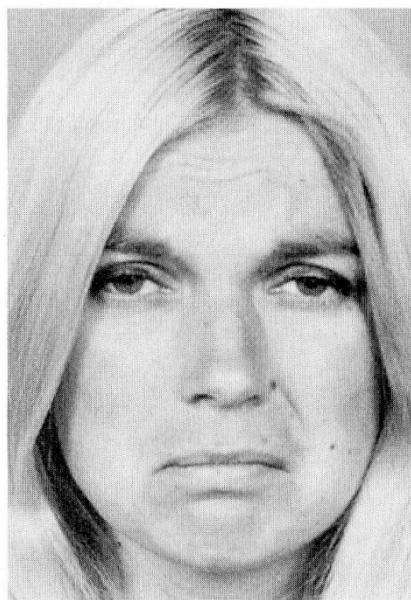
Obrázek 1 - Zúžené a rozšířené zornice

(Navarro, Karlins, 2010, s. 161)



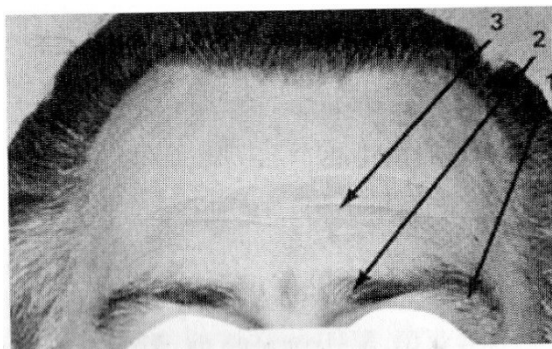
Obrázek 2 - Smutek v oblasti očí

Dochází k posunu vnitřní strany obočí směrem vzhůru, vzniká svislá vráska mezi obočím a horní oční víčka mají trojúhelníkový tvar (Ekman, Friesen, 2015, s. 114).



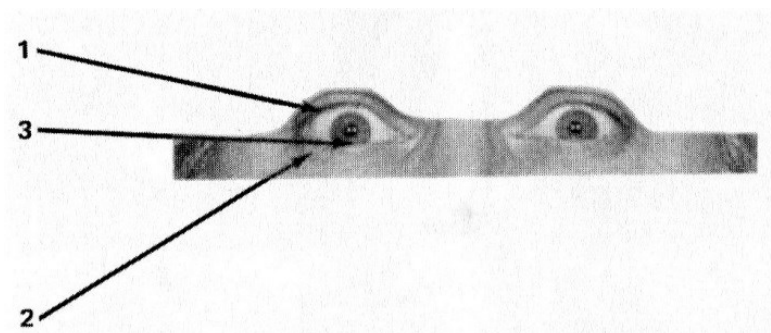
Obrázek 3 - Smutek ve všech třech oblastech tváře

Kromě výše zmíněných charakteristických znaků v oblasti očí jsou na obrázku líce mírně povytažené nahoru, koutky úst směřující dolů a svrstělá brada (Ekman, Friesen, 2015, s. 118).



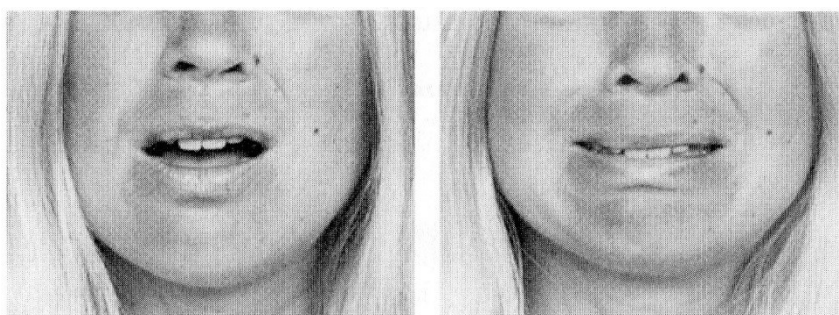
Obrázek 4 - Strach v oblasti čela a obočí

Na obrázku vidíme typické znaky: zvednuté obočí (1), vnitřní okraje obočí se stahují k sobě (2), vodorovné vrásky na čele (3), (Ekman, Friesen, 2015, s. 51).



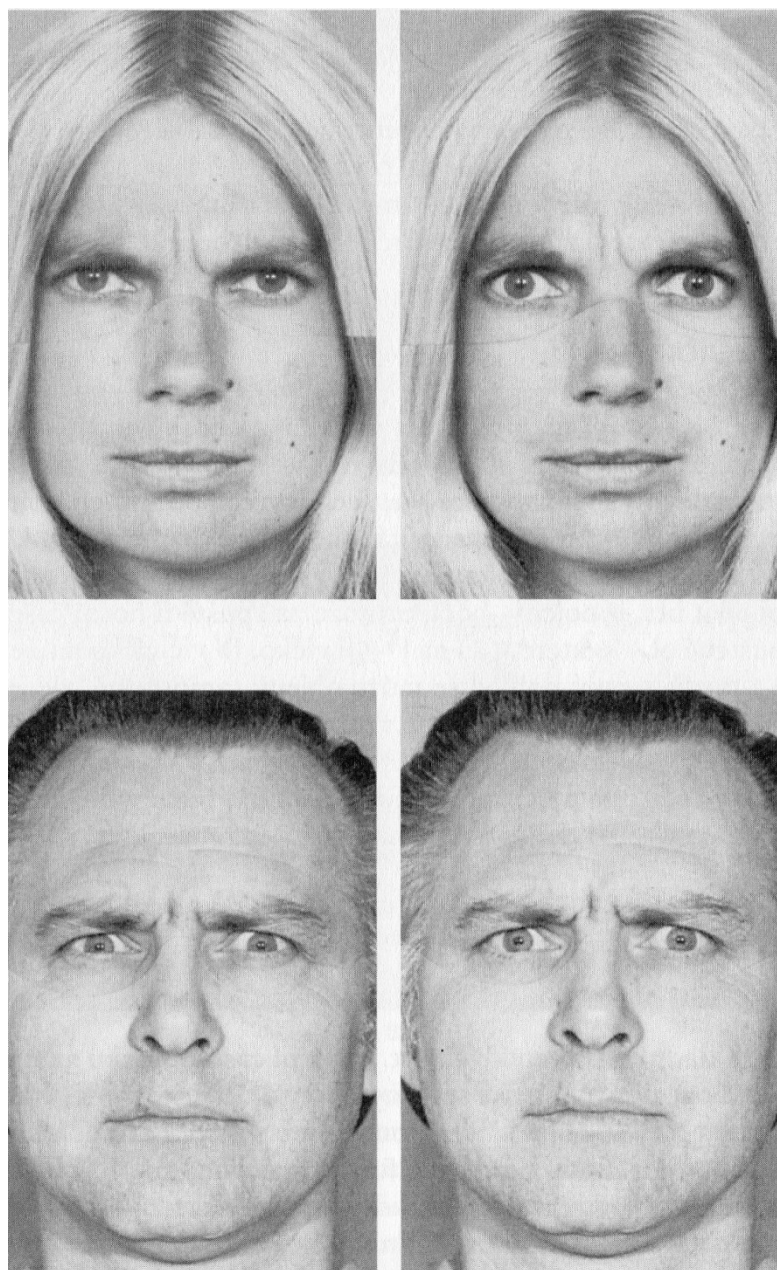
Obrázek 5 - Vystrašené oči

Můžeme vidět příznačně zvednuté horní oční víčko, které odhaluje skléru nad duhovkou (1), dolní oční víčko je napjaté, zvednuté (2) a překrývá část duhovky (3), (Ekman, Friesen, 2015, s. 53).



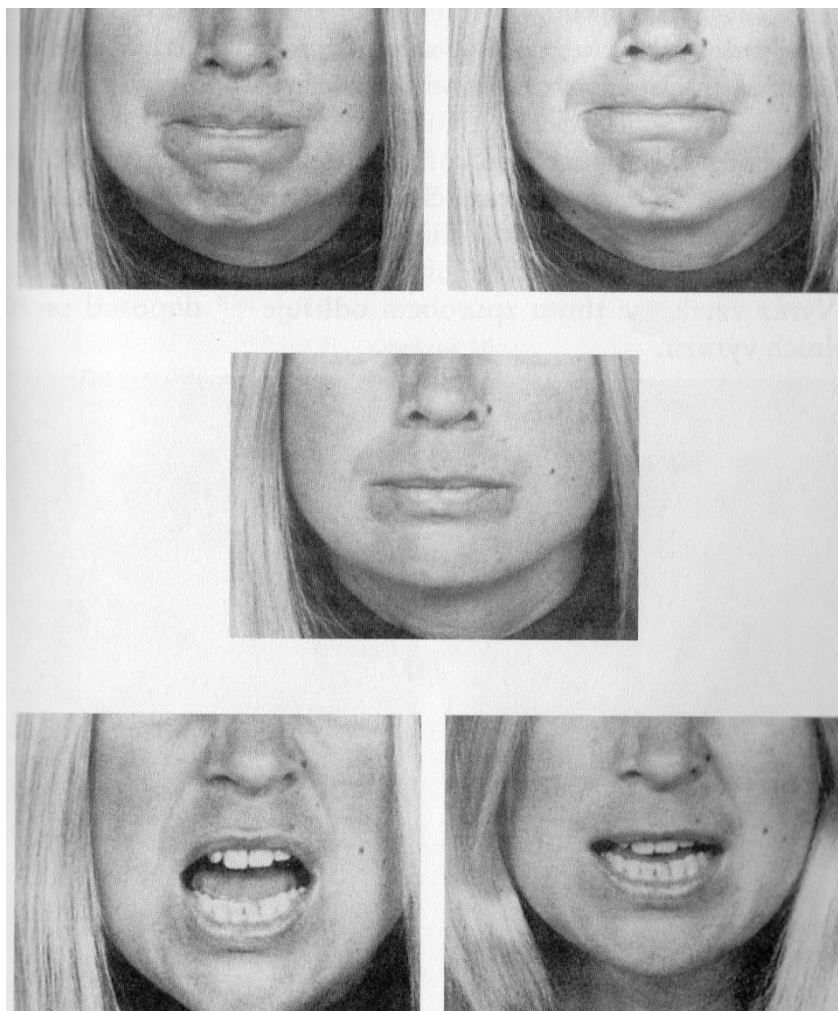
Obrázek 6 - Vystrašená ústa

Rozlišujeme dva typy vystrašených úst: buď je horní ret napjatý a linka koutků se stahuje dozadu (vlevo), anebo jsou celé rty stažené a napjaté s koutky staženými dozadu (vpravo), (Ekman, Friesen, 2015, s. 54).



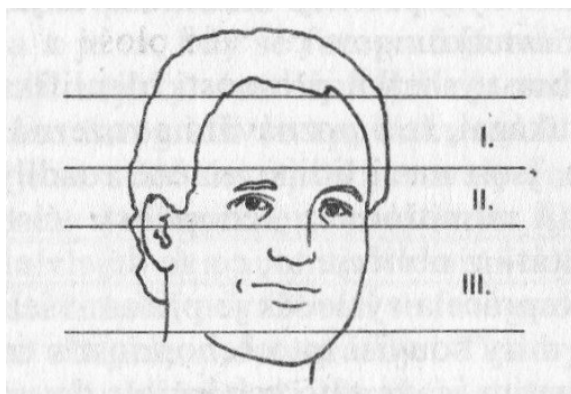
Obrázek 7 - Rozčilení v očích

Rozeznáváme dva typy rozčilených očí (užší verze vlevo, širší vpravo): horní oční víčka jsou pokleslá kvůli obočí, které na ně tlačí a směřuje k sobě, dolní oční víčka jsou napjatá a více či méně zvednutá (Ekman, Friesen, 2015, s. 84).



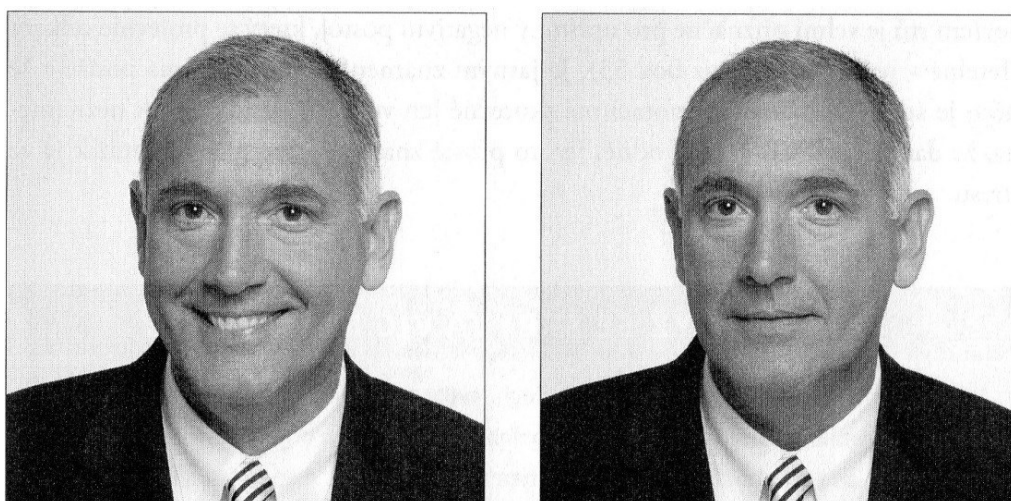
Obrázek 8 - Rozčilená ústa

U rozčilených lidí si můžeme povšimnout dvou základních typů úst: zavřená ústa se sevřenými rty a zúženou červení rtů, anebo otevřená ústa do tvaru čtverce či obdélníku s odhalenými zuby (Ekman, Friesen, 2015, s. 85).



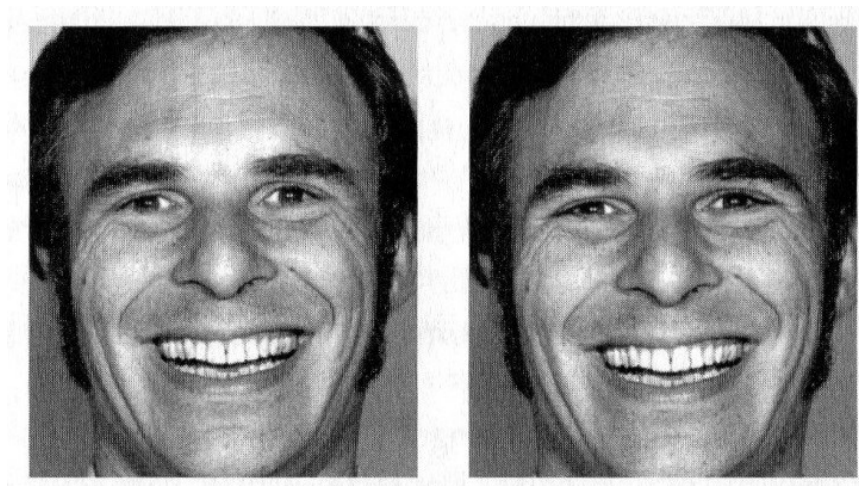
Obrázek 9 - Mimické zóny v obličeji

(Křivohlavý, 1988, s. 40)



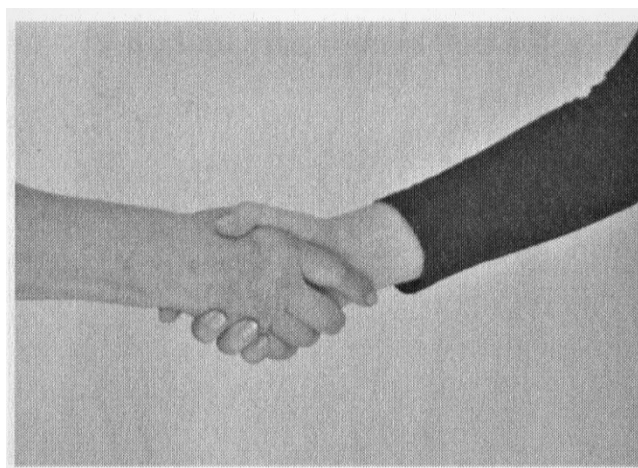
Obrázek 10 - Upřímný vs. zdvořilý či falešný úsměv

Pro upřímný úsměv (vlevo) je charakteristické, že koutky úst směřují nahoru a svraští tak vnější koutky očí, což způsobí drobné vrásky; naopak u zdvořilého či falešného úsměvu (vpravo) jsou koutky úst roztaženy do stran (Navarro, Karlins, 2010, s. 173).



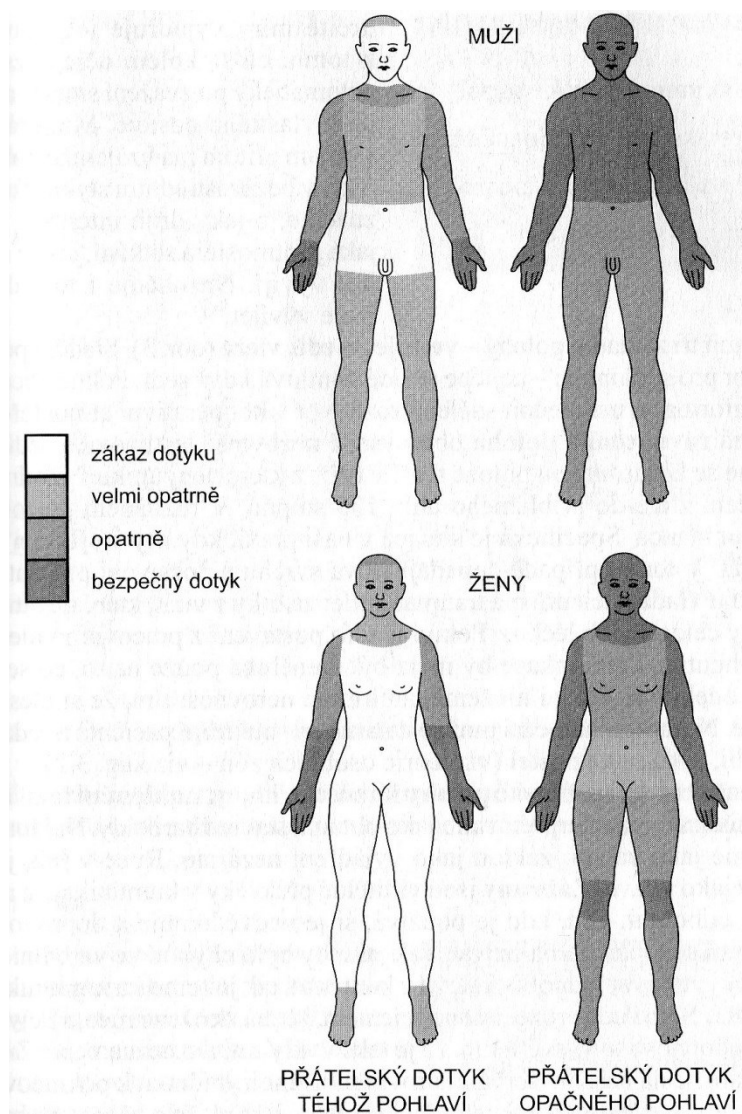
Obrázek 11 - Široký falešný vs. radostný úsměv

Široký falešný úsměv (vlevo): můžeme vidět zdvižené líce, nakrčenou kůži pod očima a zúžené oční štěrby - to vše bez zapojení kruhových očních svalů. U širokého radostného úsměvu (vpravo) stlačují kruhové oční svaly obočí a oční víčka (Ekman, 2015, s. 241).



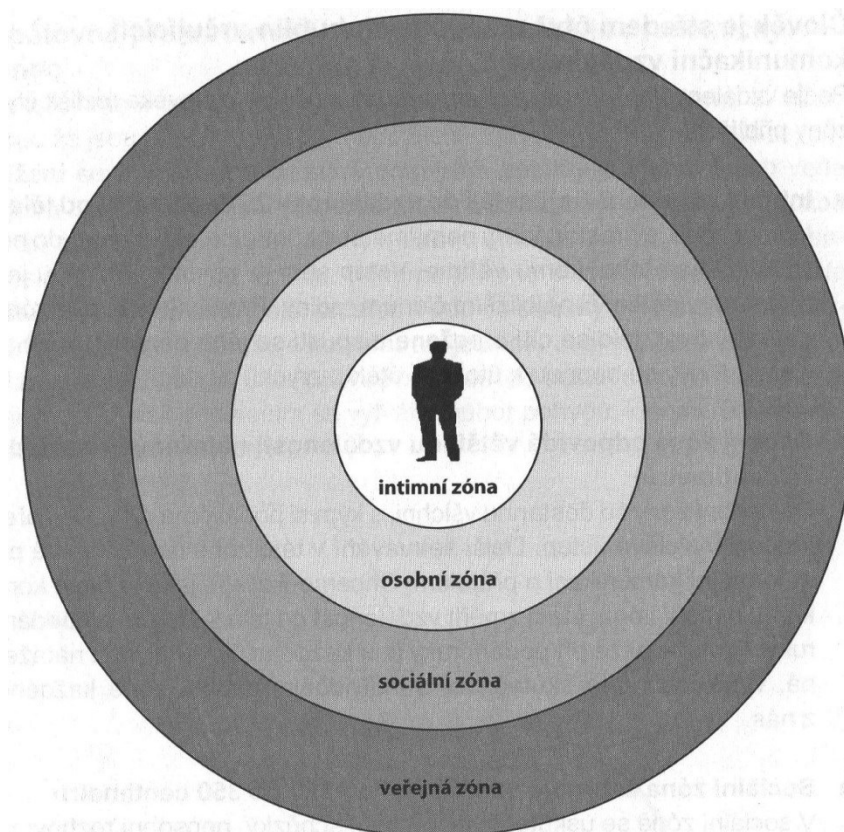
Obrázek 12 - Sebejisté, pevné podání ruky

(Janáčková, 2009, s. 31)



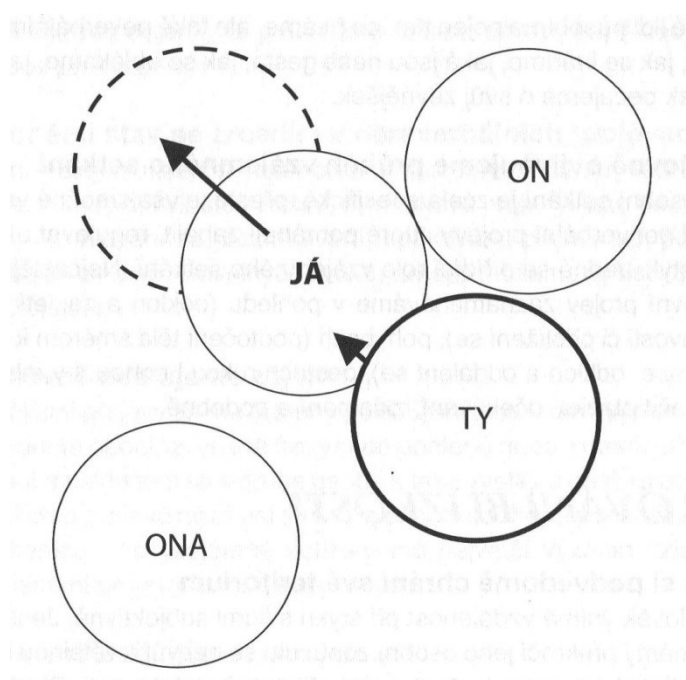
Obrázek 13 - Místa dotyků

(Venglářová, Mahrová, 2006, s. 45)



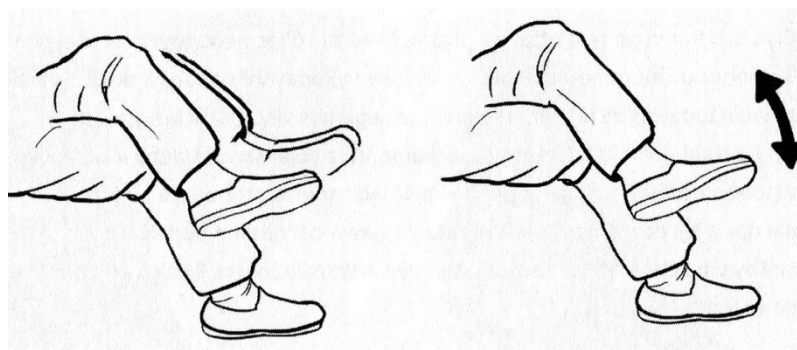
Obrázek 14 - Proxemické zóny

(Janáčková, 2009, s. 26)



Obrázek 15 - Proxemický tanec

(Janáčková, 2009, s. 24)



Obrázek 16 - Vykopávání nohama

Náhlé vykopávání nohama je ukazatelem nepohody a nepříjemných pocitů (Navarro, Karlins, 2010, s. 83).

Příloha 9 - Etický kodex Mezinárodní rady sester (ICN) akceptovaný Českou asociací sester (ČAS)

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu právě tak jako za tišení bolesti. Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení. Sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom s reprezentanty jiných oborů.

Sestra a spoluobčan

Sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu. Sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto informace předat.

Sestra a péče v praxi

Sestra je osobně zodpovědná za kvalitu ošetrovatelské péče a za obnovování svých znalostí cestou neustálého vzdělávání. Sestra se snaží udržovat pečovatelský standard na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci. Sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přijímá odpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám. Sestra ve své funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Sestra a společnost

Sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Sestra a spoluzaměstnanci

Sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií. Sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby chránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena chováním jiného zdravotníka či občana.

Sestra a povolání

Sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za své odborné vzdělání. Sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče. Sestra se zasazuje v rámci profesní organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplacení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

(Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 240)